

Provođenje mjere samotestiranja SARS-CoV-2 brzim antigenim testovima

Sukladno dokumentu „Postupanje s oboljelima, bliskim kontaktima oboljelih i prekid izolacije i karantene“ Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo,

_____ kao roditelj/skrbnik učenika/ce

(molim upisati ime i prezime)

(molim upisati ime i prezime)

iz _____ razreda _____,

(molim upisati naziv škole)

NE SLAŽEM SE

da se navedeni/a učenik/ca redovito samotestira SARS-CoV-2 brzim antigenim testovima jedanput tjedno i u slučaju pozitivnog/e učenika/ce u istom razrednom odjelu za potrebe ukidanja samoizolacije te **ne želim preuzeti** testove za provođenje mjere redovitog samotestiranja.

Upoznat/a sam s time da učenici/ce koji/e ne provode mjeru redovitog samotestiranja u slučaju kontakta s COVID-19 pozitivnom osobom imaju obvezu karantene, odnosno ako su izuzeti od karantene na temelju preboljenja ili cijepljenja, imaju obvezu pridržavati se navedenog dokumenta Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo.

Mjesto, datum: _____

Potpis roditelja/skrbnika