

69 Средно училище „Димитър Маринов”, район „Искър”  
ж. к. „Дружба” 1 , ул. „Чудомир Топлодолски” №2, тел. 02 979 09 07, 02 979 18 06  
e-mail: sou\_69to@abv.bg

## ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА СЪГЛАСИЕ

от....., родител  
(име, презиме и фамилия)

на .....  
(име, презиме и фамилия)

ученик в..... клас,

с цел осигуряване на възможно най-безопасна среда при възстановяване на присъственото обучение в училище при висока заболеваемост повече от 500 на 100 000 на ниво община:

### Съгласие за тестване:

Декларирам съгласие два пъти седмично, както и във всеки първи ден след отсъствие, детето ми да бъде тествано в класната стая с неинвазивен бърз антигенен тест с проба от слюнка за COVID-19 (SARS-CoV-2 Saliva Antigen test; каталожен номер VSCD05; RapidFor™ или COVID-19 Antigen Rapid Test Cassette (Saliva), регистрационен номер DE/CA05/IvD-238321-1721-00 на Clungene®), предоставен безплатно от училището.

Запознат/а съм с изискването 30 минути преди правенето на теста детето ми да не е консумирало храна и да не е поемало течности.

Разбирам, че тестът е с диагностична цел и не може да се използва като единствена основа за вземане на решение за лечение.

**и/или**

### Наличие на валиден документ за преболедуване

Детето ми отговаря на изискванията за присъствено обучение при осигурена здравословна среда – преболедувало е COVID-19 преди по-малко от 365 дни, за което прилагам валиден официален документ.

Дата:.....

**ДЕКЛАРАТОР:**

(подпис)