

Σχολική σφραγίδα

**Δήλωση συναίνεσης σχετικά με την αυτοεφαρμογή ενός τεστ
ARS-CoV-2-αντιγόνου για αυτοδιαγνωστική χρήση
σε μαθητές και μαθήτριες**

Όνομα μαθητή/ μαθήτριας:

Τάξη:

Έχω διαβάσει τις πληροφορίες προϊόντος και εφαρμογής του τεστ SARS-CoV-2-αντιγόνου για αυτοδιαγνωστική χρήση, το οποίο προσφέρεται επί του παρόντος στα σχολεία του ομόσπονδου κράτους της Σαξονίας-Άνχαλτ. Ο/η προαναφερόμενος/η μαθητής/μαθήτρια μπορεί να λάβει μέρος στις αυτοδιαγνωστικές δοκιμές αντιγόνου SARS-CoV-2 που προσφέρονται στο σχολείο.

Όνομα του τεστ αντιγόνου για αυτοδιαγνωστική χρήση:

Ναι: []

Όχι: []

Παρακαλώ σημειώστε με X το κατάλληλο τετραγωνίδιο

Τόπος και ημερομηνία:

Υπογραφή ενός νόμιμου κηδεμόνα: