**Čestné vyhlásenie o bezinfekčnostia súhlas so spracovaním osobných údajov v zmysle nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov)/**

Dolupodpísaný/-á (zákonný zástupca): ...........................................................................................................

Tel. kontakt: ...........................................................................................................

Meno a priezvisko žiaka/ žiačky: ...........................................................................................................

Trieda: ...........................................................................................................

**čestne vyhlasujem**, že ja, ani dieťa neprejavujeme príznaky akútneho ochorenia, že regionálny úrad verejného zdravotníctva ani lekár všeobecnej zdravotnej starostlivosti mne, ani dieťaťu nenariadil karanténne opatrenie (karanténu, zvýšený zdravotný dozor alebo lekársky dohľad).

Nie je mi známe, že by som ja, dieťa, ako aj iné osoby žijúce s nami v spoločnej domácnosti, prišli v priebehu ostatných dvoch týždňov do styku s osobami s podozrivými alebo chorými na ochorenie COVID-19.

**Vyhlasujem, že \***(\* vyhovujúce zakrúžkovať ):

1. máme negatívne výsledky RT-PCR testu na ochorenie COVID-19 nie staršie ako 7 dní alebo negatívne výsledky antigénového testu certifikovaného na území Európskej únie na ochorenie COVID-19 nie staršie ako 7 dní

**Dátum vykonania testu (žiak/žiačka): ..........................................................................................................**

**Dátum vykonania testu rodič: ..........................................................................................................**

1. mám platnú výnimku z testovania a uvádzam dôvod, že \* (\* vyhovujúce zakrúžkovať ):
2. som prekonal ochorenie na COVID-19 a mám o jeho prekonaní doklad nie starší ako tri mesiace,
3. som osoba zaočkovaná proti ochoreniu COVD-19 aj druhou dávkou vakcíny a od tohto očkovania uplynulo aspoň 14 dní,
4. som osoba nad 65 rokov veku,
5. som osoba, ktorej zdravotný stav alebo zdravotná kontraindikácia neumožňuje vykonanie testu na ochorenie COVID-19.

Som si vedomý(á) právnych následkov v prípade nepravdivého vyhlásenia, najmä som si vedomý(á), že by som sa dopustil(a) priestupku podľa § 21 ods. 1 písm. f) zákona č. 372/1990 Zb. o priestupkoch v znení neskorších predpisov.

Zároveň svojím podpisom na tejto listine udeľujem príslušnej škole dobrovoľne súhlas so spracovaním svojich osobných údajov v rozsahu tu uvedenom, za účelom riadneho zabezpečenia výchovy a vzdelávania, prevádzky školského zariadenia a ochrany zdravia.

Súhlas na spracúvanie osobných údajov pre účel uvedený vyššie udeľujem po dobu splnenia účelu alebo do odvolania súhlasu.

V ................................ dňa ............................... Podpis: