**SUTIKIMO/NESUTIKIMO FORMA**

**DALYVAUTI TESTAVIME**

Aš sutinku / nesutinku (pažymėti atitinkamą langelį), jog mano

sūnui /dukrai\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ būtų atliekamas:

 (vardas, pavardė, grupė)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| rekomenduojamas testavimas po turėto didelės rizikos sąlyčio su asmeniu, kuriam patvirtinta COVID-19 liga, ar mokiniui ar ugdymo įstaigos darbuotojui nustačius teigiamą savikontrolės tyrimo rezultatą (esant COVID-19 ligos įtarimui) | □ sutinku | □ nesutinku |

Jei pažymėjote, kad nesutinkate, prašome nurodyti priežastį:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aš perskaičiau ir susipažinau Vilniaus lopšelio**–**darželio ,,Giraitės“ internetinėje ugdymo įstaigos svetainėje  pateikta testavimo tvarka ir supratau man pateiktą informaciją ir sutinku/nesutinku (atsakymą pabraukti) dalyvauti testavime.

mokinio(-ės) atstovas pagal įstatymą:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (vardas pavardė) (parašas) (data)