**SUTIKIMAS DĖL DALYVAVIMO**

**MOKYKLOS VYKDOMAME TESTAVIME COVID-19 LIGAI (KORONAVIRUSO INFEKCIJAI) ĮTARTI AR DIAGNOZUOTI**

Formos viršus

**I SKYRIUS**

**BENDROJI INFORMACIJA**

**Testavimą vykdanti įstaiga**

Testavimas vykdomas: Vilniaus r. Skaidiškių mokykloje-darželyje.

Už testavimo organizavimą atsakingas asmuo: Rita Matulionienė, visuomenės sveikatos priežiūros specialistė, tel. +370 6 0041188, el. p. rita.matulioniene@gmail.com

**Testavimo tikslas**

**Kai mokykloje organizuojamas kaupinių PGR tyrimas ar savikontrolės tyrimas:**

Testavimo procesu siekiama užtikrinti COVID-19 ligos tarp mokyklos bendruomenės narių plitimo kontrolę, mažinti šios ligos židinių ar protrūkių mokyklose skaičių. Šiuo tikslu numatoma periodiškai organizuoti ir vykdyti COVID-19 ligos nustatymo tyrimus vienu iš šių būdų: nosies landų tepinėlių ėminių kaupinių tyrimas SARS-CoV-2 (2019-nCoV) RNR nustatyti tikralaikės PGR metodu (toliau – kaupinių PGR tyrimas) arba savikontrolės būdu atliekant greituosius SARS-CoV-2 antigeno testus (toliau – savikontrolės tyrimas) (toliau kartu – tyrimai).

**Testavimo išimtys**

Tyrimai neatliekami mokiniams, kurie atitinka Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. rugpjūčio 27 d. įsakyme Nr. V-1946 „Dėl Kriterijų, kuriais vadovaujantis darbuotojams neatliekami sveikatos patikrinimai, ar neserga COVID-19 liga (koronaviruso infekcija), dėl kurios yra paskelbta valstybės lygio ekstremalioji situacija ir (ar) karantinas, nustatymo“ nustatytus kriterijus.

**Testavimo vykdymo teisinis pagrindas**

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro, valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo 2021 m. rugpjūčio 24 d. sprendimas Nr. V-1927 „Dėl pavedimo organizuoti, koordinuoti ir vykdyti testavimą ugdymo įstaigose“ ar jį keičiantis teisės aktas bei šio sprendimo pagrindu priimtas savivaldybės administracijos direktoriaus įsakymas bei Asmenų, sergančių COVID-19 liga (koronaviruso infekcija), asmenų, įtariamų, kad serga COVID-19 liga (koronaviruso infekcija), ir asmenų, turėjusių sąlytį, izoliavimo namuose, kitoje gyvenamojoje vietoje ar savivaldybės administracijos numatytose patalpose taisyklės, patvirtintos Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 kovo 12 d. įsakymu Nr. V-352 „Dėl Asmenų, sergančių COVID-19 liga (koronaviruso infekcija), asmenų, įtariamų, kad serga COVID-19 liga (koronaviruso infekcija), ir asmenų, turėjusių sąlytį, izoliavimo namuose, kitoje gyvenamojoje vietoje ar savivaldybės administracijos numatytose patalpose taisyklių patvirtinimo“ (toliau – Izoliavimo taisyklės).

**Testavimo proceso dalyvio teisės**

**Kai mokykloje organizuojamas kaupinių PGR tyrimas ar savikontrolės tyrimas:**

Dalyvavimas testavime yra savanoriškas, todėl mokinio (-ės) atstovas pagal įstatymą ar mokinys (-ė), jei jis (ji) yra vyresnis (-ė) nei 16 metų, turi teisę atsisakyti jame dalyvauti, o priėmęs (-usi) sprendimą testuotis ir pradėjęs (-usi) gali bet kada iš jo pasitraukti, parašydamas (-a) laisvos formos prašymą.

**II SKYRIUS**

**TESTAVIMO PROCESO SĄLYGOS**

**Kai mokykloje organizuojamas savikontrolės tyrimus**, pasirašydami šį sutikimą, Jūs sutinkate, kad Jūsų vaikas (globotinis) dalyvautų testavime ir kontaktinio ugdymo proceso metu būtų testuojamas (-a) dėl COVID-19 ligos nustatymo metu ne dažniau kaip kas 3 dienas ir ne rečiau kaip kas 5 dienas.

Savikontrolės tyrimas bus atliekamas mokykloje, atskirai apie savikontrolės tyrimo atlikimo laiką trumpąja žinute nebūsite informuoti. Ėminius savikontrolės tyrimui Jūsų vaikas (globotinis) ims pats (pati) savarankiškai, prieš tai instruktuotas (-a) visuomenės sveikatos priežiūros specialisto. Savarankiškas ėminių paėmimas vykdomas prižiūrint atsakingam mokyklos darbuotojui. Savikontrolės tyrimo rezultatus Jūsų vaikas (globotinis) vertins ir interpretuos pats (pati) savarankiškai, padedant atsakingam mokyklos darbuotojui, arba tai darys atsakingas mokyklos darbuotojas, jei mokinys yra jaunesnis (-ė) nei 16 metų.

Jei savikontrolės tyrimo rezultatas bus teigiamas, būsite informuotas (-a) apie poreikį atlikti patvirtinamąjį PGR tyrimą. Per Sprendimo Nr. V-1336 5.6 papunktyje nustatytą laikotarpį galėsite registruotis patvirtinamajam PGR tyrimui į mobilųjį punktą per Karštosios linijos sistemą telefonu 1808 arba pildant elektroninę registracijos formą adresu www.1808.lt. Apie savikontrolės tyrimo ir patvirtinamojo PGR tyrimo rezultatus turėsite pats (pati) pranešti atsakingam mokyklos darbuotojui.

**III SKYRIUS**

**ASMENS DUOMENŲ TVARKYMO SĄLYGOS**

Formos viršus

TestavimoTestavim metu Jūsų duomenis (vardą, pavardę, asmens kodą, telefono ryšio numerį, tyrimo duomenis (rezultatą, atlikimo datą), priežastį, dėl kurios negalite būti tiriamas), siekdamas užtikrinti sveikas ir saugias kontaktinio ugdymo sąlygas ir atlikti tam būtiną testavimą, tvarkys šis duomenų valdytojas: Vilniaus r. Skaidiškių mokykla – darželis, Rudaminos g. 14, Skaidiškių k., Vilniaus r., juridinio asmens kodas – 191325937, tel. (8 5) 2350221, el. p. skaidiskes@gmail.com

Mokyklos duomenų apsaugos pareigūnas: Agnieška Ragucka, psichologė, tel. (8 5) 2350221, el. p. agnieskara@gmail.com

Asmens duomenys tvarkomi vadovaujantis Bendrojo duomenų apsaugos reglamento (toliau – BDAR) 6 straipsnio 1 dalies a punktais, taip pat 9 straipsnio 2 dalies a punktu, t. y. Jums sutikus, ir bus saugomi Mokykloje ne ilgiau negu 14 kalendorinių dienų po einamųjų mokslo metų pabaigos.

Jūsų duomenys testavimo organizavimo ir vykdymo tikslais bus pateikti šiems duomenų gavėjams, kurie asmens duomenis tvarko vadovaudamiesi BDAR 6 str. 1 d. c punktu ir 9 str. 2 d. h ir i punktais:

 registruojant Jus Karštojoje linijoje 1808, teikiant kaupinių PGR tyrimo užsakymą į ESPBI IS ir informuojant Jus apie kaupinių PGR tyrimo rezultatus – VšĮ Kauno miesto greitosios medicinos pagalbos stočiai;

 tvarkant Jūsų kaupinių PGR tyrimo duomenis ESPBI IS – Sveikatos apsaugos ministerijai;

 atliekant Jūsų ėminio kaupinių PGR tyrimą – kaupinių PGR tyrimą atliekančiai laboratorijai;

 koordinuojant testavimo atlikimą ugdymo įstaigoje –savivaldybės visuomenės sveikatos biurui.

Testavimo metu gauta sveikatos informacija, leidžianti nustatyti asmens tapatybę, yra konfidenciali ir teikiama pirmiau nurodytiems duomenų gavėjams, laikantis BDAR, Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo ir kitų šią veiklą reglamentuojančių teisės aktų reikalavimų. Kitiems duomenų gavėjams Jūsų asmens duomenys gali būti teikiami tik teisės aktuose nustatytais atvejais ir kai asmens duomenų teikimas būtinas ir proporcingas teisėtais ir konkrečiais tikslais. Trečiosioms šalims šio sutikimo pagrindu tvarkomi Jūsų asmens duomenys nebus perduodami.

Atliekant testavimą gauta sveikatos informacija nelaikoma konfidencialia ir gali būti paskelbta be Jūsų sutikimo, jeigu ją paskelbus nebus galima tiesiogiai ar netiesiogiai nustatyti Jūsų tapatybės.

Jūs turite BDAR nurodytas teises:

 teisę prašyti, kad Jums būtų leista susipažinti su duomenų valdytojo ir duomenų gavėjų turimais Jūsų duomenimis ir juos ištaisyti arba ištrinti;

 teisę apriboti Jūsų duomenų tvarkymą, teisę nesutikti, kad duomenys būtų tvarkomi;

 teisę į duomenų perkeliamumą;

 teisę bet kuriuo metu atšaukti šį sutikimą tvarkyti Jūsų asmens duomenis pirmiau nurodytais tikslais (šio sutikimo atšaukimas nereiškia, kad asmens duomenys iki Jūsų sutikimo atšaukimo buvo tvarkomi neteisėtai).

**IV SKYRIUS**

**SUTIKIMAS DALYVAUTI TESTAVIME**

Aš, būdamas įstatyminiu vaiko atstovu, sutinku, jog mano atstovaujamam mokiniui \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, gim. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, būtų periodiškai atliekamas [pažymėkite mokykloje taikomą tyrimo metodą]:

 kaupinių PGR tyrimas;

 savikontrolės tyrimas .

Patvirtinu, kad mano atstovaujamam mokiniui nėra taikomos testavimo išimtys.

Formos viršus

Aš perskaičiau šią Sutikimo formą ir supratau man pateiktą informaciją ir sutinku dalyvauti testavime.

Man buvo suteikta galimybė užduoti klausimus ir gavau mane tenkinančius atsakymus.

Man buvo tinkamai išaiškinta testavimo organizavimo ir vykdymo tvarka. Aš sutinku ir neprieštarauju, kad mano vaikas (globotinis) ėminius tyrimams imtų savarankiškai, prieš tai visuomenės sveikatos priežiūros specialistui instruktavus, kaip imti ėminius tyrimui, ir prižiūrint jam arba atsakingam mokyklos darbuotojui.

Supratau, kad galiu bet kada pasitraukti iš testavimo, nenurodęs (-iusi) priežasčių.

Supratau, kad norėdamas (-a) atšaukti sutikimą dalyvauti testavime, raštu turiu apie tai informuoti mokyklos direktorių ar jo įgaliotą asmenį.

Supratau, kad dalyvavimas testavime yra savanoriškas.

Įsipareigoju laikytis Izoliavimo taisyklių reikalavimų, jei man ir / ar mano atstovaujamam mokiniui reikės izoliuotis.

Sutinku, kad tuo atveju, jei šiame sutikime nustatyta testavimo organizavimo tvarka ar procesai būtų pakeisti dėl juos reglamentuojančių teisės aktų pakeitimų, Mokykla apie pakeitimus informuotų mane elektroniniu pranešimu šiame sutikime nurodytu el. pašto adresu. Toks informavimas būtų laikomas tinkamu informavimu apie testavimo tikslą, sąlygas ir tvarką ir laikomas sudėtine šio sutikimo dalimi, todėl dėl galimų pakeitimų atskiras / naujas sutikimas nebūtų pasirašomas, o bendrai vykdomam testavimui pakankamu laikomas šis sutikimas. Suprantu, kad jei dėl galimų testavimo organizavimo tvarkos ar procesų pakeitimų nuspręsčiau atšaukti sutikimą, bet kada galiu tai padaryti raštu informuodamas mokyklos direktorių ar jo įgaliotą asmenį. Nepateikus sutikimo atšaukimo, laikoma, kad sutikimas galioja organizuojant testavimą teisės aktuose reglamentuota tvarka.

**V SKYRIUS**

**SUTIKIMAS MOKYKLAI TVARKYTI ASMENS DUOMENIS**

Formos viršus

Aš perskaičiau šią sutikimo formą, supratau man pateiktą informaciją ir sutinku, kad mokykla tvarkytų šiame sutikime nurodytus mano asmens duomenis sutikime nurodytu tikslu, sąlygomis ir tvarka.

Man buvo suteikta visa su asmens duomenų tvarkymu ir mano teisėmis susijusi informacija.

Apie asmens duomenų, tvarkomų pagal šį sutikimą, pasikeitimus įsipareigoju pranešti mokyklai.

Sutikimo galiojimo terminas – 14 kalendorinių dienų po einamųjų mokslo metų pabaigos ar iki šio sutikimo atšaukimo, jei jį atšaukčiau.

Žinau, kad turiu teisę bet kada atšaukti šį sutikimą ir reikalauti nutraukti tolesnį asmens duomenų tvarkymą, kuris yra vykdomas šio sutikimo pagrindu. Sutikimo atšaukimas nedaro poveikio sutikimu pagrįsto asmens duomenų tvarkymo, atlikto iki sutikimo atšaukimo, teisėtumui.

Žinau, kad nesutikdamas, jog mokykla tvarkytų sutikime nurodytus duomenis, negalėsiu dalyvauti mokyklos organizuojamame testavime.

Žinau, kad turiu teisę apskųsti asmens duomenų tvarkymą***.*** Jeigu manau, kad mano duomenis mokykla ar bet kuris kitas duomenų gavėjas tvarko pažeisdamas duomenų apsaugos teisės aktų reikalavimus, aš turėsiu teisę pateikti skundą priežiūros institucijai, kuri Lietuvos Respublikoje yra Valstybinė duomenų apsaugos inspekcija (L. Sapiegos g. 17, LT-10312 Vilnius; tel. (8 5) 212 7532; el. paštas ada@ada.lt), arba teismui.

Sutinku (išbraukti netinkamus):

□ dalyvauti kaupinių PGR tyrime ar savikontrolės tyrime;

□ testuoti esant sąlyčiui su patvirtintu COVID-19 ligos atveju ar teigiamu kaupinio PGR tyrimo atveju ir sprendžiant dėl izoliacijos taikymo;

□ testuoti klasėje mokiniui nustačius teigiamą savikontrolės tyrimo rezultatą, kol laukiama tokio mokinio patvirtinamojo PGR tyrimo rezultatų ar jei patvirtinamojo tyrimo atlikti neplanuojama (esant COVID-19 ligos įtarimui).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| vardas  |  | pavardė  |  |  |  | parašas |  |  |  | data |

Formos apačia

Formos apačia

Formos apačia

Formos apačia