**SUTIKIMAS / NESUTIKIMAS DĖL DALYVAVIMO**

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

**SUTIKIMAS / NESUTIKIMAS DALYVAUTI TESTAVIME**

Aš, būdamas įstatyminiu atstovu, sutinku / nesutinku (pažymėti atitinkamą langelį ties tyrimo metodais, su kuriais sutinkate, ir metodais, su kuriais nesutinkate), jog mano atstovaujamam mokiniui būtų atliekamas:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Periodinis savikontrolės tyrimas | □ sutinku | □ nesutinku |
| savikontrolės tyrimas esant sąlyčiui su patvirtintu COVID-19 ligos atveju ir sprendžiant dėl izoliacijos taikymo (izoliacija netaikoma pagal ikimokyklinio ir priešmokyklinio ugdymo programas ugdomiems mokiniams) | □ sutinku | □ nesutinku |
| savikontrolės tyrimas klasėje mokiniui nustačius teigiamą savikontrolės tyrimo rezultatą, kol laukiama tokio mokinio patvirtinamojo tyrimo rezultatų ar jei patvirtinamojo tyrimo atlikti neplanuojama (esant COVID-19 ligos įtarimui) | □ sutinku | □ nesutinku |

Jei bent prie vieno tyrimo metodo pažymėjote, kad nesutinkate, prašome nurodyti priežastį:

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

Aš perskaičiau šią Sutikimo / nesutikimo formą ir supratau informaciją apie mokinių testavimą, kuri pateikta interneto adresu http://www.mokykladarzelis.skaidiskes.vilniausr.lm.lt/mokiniu-testavimas.

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 atstovaujamas mokinys ėminius tyrimams imtų sau savarankiškai, prieš tai visuomenės sveikatos specialistui instruktavus jį, kaip imti ėminius tyrimui, ir prižiūrint jam arba atsakingam mokyklos darbuotojui.

Supratau, kad mano atstovaujamas mokinys gali bet kada pasitraukti iš testavimo, nenurodęs (-iusi) priežasčių.

Supratau, kad norėdamas (-a) atšaukti sutikimą / nesutikimą dalyvauti testavime, raštu turiu apie tai informuoti mokyklos-darželio 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.

**SUTIKIMAS MOKYKLAI-DARŽELIUI TVARKYTI ASMENS DUOMENIS**

Formos viršus

Aš perskaičiau šią sutikimo / nesutikimo formą, supratau informaciją apie ugdytinių testavimą, kuri pateikta interneto adresu <http://www.mokykladarzelis.skaidiskes.vilniausr.lm.lt/mokiniu-testavimas> ir sutinku, kad mokykla-darželis tvarkytų šiame sutikime / nesutikime nurodytus mano asmens duomenis sutikime / nesutikime 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 / nesutikimą, pasikeitimus įsipareigoju pranešti mokyklai-darželiui.

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

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

Žinau, kad nesutikdamas, jog mokykla tvarkytų sutikime / nesutikime 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.

Jei esate mokinio (-ės) atstovas pagal įstatymą, nurodykite mokinio duomenis:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| vardas  |  | pavardė  |

Mokinio (-ės) atstovas pagal įstatymą:

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

Formos apačia

Formos apačia

Formos apačia

Formos apačia