|  |  |
| --- | --- |
| **ZŠ mladosti ŽAlogo 1** | **Základná škola, Námestie mladosti 1, Žilina** |
| tel. č. 041/507 86 11, e-mail: zsmladosti.hajik@gmail.com |

# **Zber údajov** – prosíme o čitateľné vypísanie

Prevádzkovateľ

Škola: Základná škola, Námestie mladosti 1, Žilina

Sídlo: Námestie mladosti 1, 010 15 Žilina

Zastúpenie poverenej osoby: PaedDr.Janka Kamenská Halečková

Dotknutá osoba (žiak)

Meno: Trieda:

Priezvisko:

Adresa:

Dátum narodenia:

Rodné číslo:

Štátna príslušnosť:

Dotknutá osoba (zákonný zástupca)

Meno:

Priezvisko:

Adresa:

E-mail:

Tel. č.:

Dátum odberu vzorky: (vypisuje sa pri odbere) .................................

Mal/mala príznaky: áno - nie (zakrúžkujte jednu z možností)

Ak áno, tak:

 kašeľ teplota vyššia ako 37,3

 bolesť kĺbov, svalov, zimnica zadýchavanie

 hnačka únava

 strata chuti alebo čuchu iné .............................................

................................................................................................................................................

Prvé príznaky sa objavili dňa: ..........................................................

Poznámka k iným príznakom (napr. alergia) ...........................................................................

Zákonný zástupca zodpovedá za pravdivosť vypísaných údajov.

Zároveň čestne prehlasujem , že **v prípade pozitívneho výsledku uskutočneného testu som ako zákonný zástupca povinný oznámiť danú skutočnosť triednemu učiteľovi žiaka najneskôr v nedeľu v danom týždni.**

Súhlasím so spracovaním osobných údajov uverejnených vo formulári pre účely zhromažďovania dát o výsledkoch testovania vzorky na prítomnosť vírusu COV-2 spôsobujúci ochorenie COVID – 19.

V ................................ dňa ........................ ..........................................................

 Podpis zákonného zástupca