**Čestné vyhlásenie o bezinfekčnosti a 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**): ...........................................................................................................

Bydlisko: ...........................................................................................................

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

Meno a priezvisko dieťaťa: ...........................................................................................................

Dátum narodenia: ...........................................................................................................

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, moje dieťa a aj iné osoby žijúce so mnou v spoločnej domácnosti, prišli v priebehu ostatných dvoch týždňov do styku s osobami s podozrivými alebo chorými na ochorenie COVID-19.

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

a) mám negatívny výsledok RT-PCR testu na ochorenie COVID-19 nie starší ako 7dní alebo negatívny výsledok antigénového testu certifikovaného na území Európskej únie na ochorenie COVID-19 nie starší ako 7dní,

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

b) mám platnú výnimku z testovania a uvádzam dôvod (vyhovujúce zakrúžkovať):

* som prekonal ochorenie na COVID-19 a mám o jeho prekonaní doklad nie starší ako tri mesiace,
* som osoba zaočkovaná proti ochoreniu COVD-19 aj druhou dávkou vakcíny a od tohto očkovania uplynulo aspoň 14 dní,
* som osoba nad 65 rokov veku,
* som osoba, ktorej zdravotný stav alebo zdravotná kontraindikácia neumožňuje vykonanie testu na ochorenie COVID-19,
* iné ...................................................................................................................................

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 a školskému zariadeniu, ako aj jej zriaďovateľovi a Ministerstvu školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky 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.

**INFORMÁCIE PRE DOTKNUTÉ OSOBY o spracúvaní osobných údajov sú zverejnené na webovom sídle školy a sú k dispozícii pri vstupe do budovy školy.**

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

Vypĺňa škola:

**Správnosť a platnosť dokumentov overil nahliadnutím do originálu (výsledok negatívneho testu, dokumenty o výnimkách):**

Titul, meno a priezvisko: ........................................................................

Dňa: ........................................ Podpis: ........................................................................