

Souhlas **STUDENTA** s provedením antigenního testu na COVID-19

OSOBNÍ ÚDAJE:

Příjmení a jméno:

Rodné číslo (cizinci - registrační číslo pojištěnce):

Pojišťovna:

Adresa trvalého pobytu:

Mám sjednanou DPP s VŠCHT Praha: ANO / NE (zaškrtněte správný údaj)

KONTAKTNÍ ÚDAJE, na kterých můžete být co nejrychleji k zastižení (telefonní číslo nebo e-mail).

Telefonní číslo:

E-mail:

Tímto projevuji svůj souhlas s provedením testování na onemocnění COVID-19 testem POC antigenní test na přítomnost antigenu viru SARS-CoV-2.

Podpisem tohoto informovaného souhlasu prohlašuji, že:

- tento souhlas uděluji svobodně, a nikoliv pod nátlakem,
- nevykazuji žádné známky akutního respiračního onemocnění a v současné době se na mne nevztahuje žádné z karanténních opatření,
- jsem srozuměn/a s tím, že pokud bude výsledek antigenního testování na onemocnění COVID-19 pozitivní, nejsem oprávněn/a vstoupit do budovy VŠCHT Praha a jsem povinen/povinna postupovat dle aktuálně platných a účinných nařízení vlády ČR, vnitřních předpisů VŠCHT Praha a dalších právních předpisů. Doporučeno je kontaktovat praktického lékaře a podstoupit testování konfirmační metodou RT-PCR na průkaz přítomnosti viru.

Současně tímto uděluji souhlas se shromažďováním, uchováním a zpracováním mých osobních údajů VŠCHT Praha, IČO 60 46 13 73, se sídlem Technická 5, Praha 6, jako poskytovatelem zdravotních služeb v rozsahu: jméno a příjmení, RČ/registrační číslo pojištěnce, pojišťovna a adresa trvalého pobytu, kontaktní telefon a mail, a to pro účely archivace tohoto informovaného souhlasu po dobu nezbytně nutnou určenou právními předpisy.

V Praze dne

.....
podpis