*Приложение № 1*

**18 СРЕДНО УЧИЛИЩЕ “УИЛЯМ ГЛАДСТОН”**

**гр. София – 1303, ул. “Пиротска” № 68, тел. 02/988 03 01, тел./факс 02/987 96 82**

**ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА СЪГЛАСИЕ**

**за ученици до 14 - годишна възраст**

от…………………………………………………………………………………………., родител

*(име, презиме и фамилия)*

на ….………………………………………………………………………………………………..,

*(име, презиме и фамилия)*

ученик в……………………… клас,

с цел осигуряване на възможно най-безопасна среда при възстановяване на присъственото обучение в училище при висока заболяемост повече от 250 на 100 000 на ниво община:

**Съгласие за тестване:**

󠄅 Декларирам съгласие два пъти седмично, както и във всеки първи ден след отсъствие, детето ми да бъде тествано в класната стая с предоставен безплатно от училището неинвазивен бърз антигенен тест с проба от слюнка за доказване на COVID-19, одобрен от Министерството на здравеопазването, пуснат на пазара в България по реда на Закона за медицинските изделия и с оценено съответствие със съществените изисквания на Директива 98/79/ЕО за диагностичните медицински изделия.

󠄅 Запознат/а съм с изискването 30 минути преди правенето на теста детето ми да не е консумирало храна и да не е поемало течности.

󠄅 Разбирам, че тестът е с диагностична цел и не може да се използва като единствена основа за вземане на решение за лечение.

**и/или**

**Наличие на валиден документ за преболедуване, ваксиниране или наличие на антитела**

󠄅 Детето ми отговаря на изискванията за присъствено обучение при осигурена здравословна среда – преболедувало е COVID-19 преди по-малко от 365 дни, ваксинирано е или има необходимото количество антитела, за което прилагам валиден официален документ.

Дата:………………………. **ДЕКЛАРАТОР:**

 *(подпис)*