**Attuazione del programma di autotesting rapido antigenico SARS-CoV-2**

In conformità con il documento "Trattamento dei pazienti, dei contatti stretti dei pazienti e revoca dell'isolamento e della quarantena" dell'Istituto Croato di Sanità Pubblica,

Io, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore/tutore dell'alunno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (inserire nome e cognome) (inserire nome e cognome)

della \_\_\_\_\_\_classe della Scuola elementare italiana Bernardo Parentin

**NON SONO D'ACCORDO**

che mio/a figlio/a esegua regolarmente un tampone antigenico rapido SARS-CoV-2, una volta alla settimana e nel caso di positività nella sua classe, allo scopo di revocare l'autoisolamento.

Non voglio ricevere i test per realizzare il tampone in autotesting regolare.

Sono consapevole che gli alunni che non realizzano l'autotesting antigenico rapido, in caso di contatto con una persona positiva al COVID-19, hanno l'obbligo della quarantena, a eccezione dei casi in cui sono esonerati dalla stessa sulla base del superamento della malattia o della vaccinazione, hanno l'obbligo di attenersi al documento summenzionato dell'Istituto Croato di Sanità Pubblica.

Luogo, data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 Firma del genitore/tutore

**Provođenje mjere samotestiranja SARS-CoV-2 brzim antigenskim testovima**

Sukladno dokumentu „[Postupanje s oboljelima, bliskim kontaktima oboljelih i prekid izolacije i karantene](https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2021/11/Postupanje-s-oboljelima-bliskim-kontaktima-oboljelih-i-prekid-izolacije-i-karantene-ver19.pdf)“ Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo,

\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ­­­­­­kao roditelj/skrbnik učenika/ce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­

(molim upisati ime i prezime) (molim upisati ime i prezime)

iz \_\_\_\_\_\_razreda osnovne/srednje škole \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (molim upisati naziv škole)

 **NE SLAŽEM SE**

da se navedeni/a učenik/ca redovito samotestira SARS-CoV-2 brzim antigenskim testovima jedanput tjedno i u slučaju pozitivnog/e učenika/ce u istom razrednom odjelu za potrebe ukidanja samoizolacije te ne želim preuzeti testove za provođenje mjere redovitog samotestiranja.

Upoznat/a sam s time da učenici/ce koji/e ne provode mjeru redovitog samotestiranja u slučaju kontakta s COVID-19 pozitivnom osobom imaju obvezu karantene, odnosno ako su izuzeti od karantene na temelju preboljenja ili cijepljenja, imaju obvezu pridržavati se navedenog dokumenta Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo.

Mjesto, datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 Potpis roditelja/skrbnika