**SUTIKIMAS**

**DALYVAUTI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** *[nurodoma mokykla]* **VYKDOMAME MOKINIŲ PROFILAKTINIAME PERIODINIAME TYRIME**

*Šioje sutikimo formoje pateikiama Jums skirta informacija apie Jūsų vaiko (mokinio) dalyvavimą profilaktiniame periodiniame testavime dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) (toliau – periodinis testavimas).*

***Jei nuspręsite dalyvauti ištyrime, prašysime Jūsų pasirašyti šią sutikimo formą. Neskubėkite ir atidžiai perskaitykite šį dokumentą, visus iškilusius klausimus būtinai užduokite mokyklos atstovams.***

**Tikslas** – atsižvelgiant į kiekvienos klasės mokinių tyrimo rezultatus, pradėti saugų mokinių, ugdomų pagal pradinio ugdymo programą, kontaktinį ugdymą(si) mokykloje.

**Pagrindas** – Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro-valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo 2021 m. kovo 12 d. sprendimas Nr. V-513 „Dėl pavedimo organizuoti, koordinuoti ir vykdyti bandomąjį savanorišką profilaktinį tyrimą ugdymo įstaigose“ ar jį keičiantis teisės aktas bei šio sprendimo pagrindu priimtas\_Klaipėdos miesto savivaldybės administracijos direktoriaus 2021- - įsakymas Nr. „Dėl \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(nurodomas atitinkamos savivaldybės administracijos direktoriaus įsakymas dėl ugdymo proceso organizavimo kontaktiniu būdu konkrečioje ugdymo įstaigoje, jei toks įsakymas yra priimtas)*

**Numatoma kontaktinio ugdymo pradžia** – 2021- - *(nurodoma numatoma kontaktinio ugdymo pradžia)*

**Profilaktinio COVID-19 ligos nustatymo tyrimo atlikimas*:***

 Profilaktinis COVID-19 ligos nustatymo tyrimas **neatliekamas** Jūsų atstovaujamam vaikui, jei:

1. nuo COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) patvirtinimo šiems asmenims PGR tyrimu arba greituoju SARS-CoV-2 antigeno testu praėjo mažiau laiko, nei Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro-valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo 2021 m. kovo 12 d. sprendime Nr. V-513 „Dėl pavedimo organizuoti, koordinuoti ir vykdyti bandomąjį savanorišką profilaktinį tyrimą ugdymo įstaigose“ nustatytas laikotarpis, kuriam praėjus asmeniui galimas profilaktinis COVID-19 ligos nustatymo tyrimas;
2. šie asmenys prieš mažiau nei 60 d. yra gavę teigiamą serologinio tyrimo atsakymą;

Informaciją apie aplinkybes dėl kurių Jūsų vaikui profilaktinis tyrimas neturėtų būti atliekamas prašome pateikti ugdymo įstaigai.

Jei sutinkate dalyvauti tyrime, pasirašydami šį dokumentą sutinkate, kad Jūsų atstovaujamas vaikas kontaktinio ugdymo proceso metu ne dažniau kaip kas 4 dienas ir ne rečiau kaip kas 7 dienas gali būti profilaktiškai periodiškai tiriamas dėl COVID-19 ligos nustatymo.

Atliekant Jūsų atstovaujamam vaikui profilaktinį tyrimą bus atliekamas nosies landų tepinėlių ėminių kaupinių tyrimas SARS-CoV-2 (2019-nCoV) RNR nustatyti tikralaikės PGR metodu, kai ėminiai paėmimo vietoje grupuojami toje pačioje virusologinėje terpėje (kaupinių PGR tyrimas).

Tyrimo atlikimo vieta bus paskirta ir apie tai informuojama: mokykloje arba mobiliajame COVID-19 patikros punkte(prie „Švyturio“ arenos, adresu Dubysos g. 10, Klaipėda)**.** Jūsų vaikas tyrimui bus užregistruotas tyrimą koordinuojančios įstaigos. Atskirai apie šio tyrimo laiką trumpąja žinute nebūsite informuoti.

Atlikus kaupinių PGR tyrimą, Jūsų atstovaujamam vaikui izoliuotis nereikės iki tyrimo rezultatų gavimo. Apie Jūsų atstovaujamo vaiko tyrimo rezultatus Jums praneš Karštoji koronaviruso linija 1808 trumpąja žinute, taip pat duomenys apie Jūsų atstovaujamo vaiko tyrimą bus įrašyti į Jūsų atstovaujamo vaiko elektroninę sveikatos istoriją Elektroninėje sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinėje sistemoje, kuri pasiekiama adresu <https://www.esveikata.lt/>.

Jei **kaupinių PGR** **tyrimo rezultatas, atliekant periodinį mokinių tyrimą, bus teigiamas,** būsite informuotas (-a) trumpąja žinute, kad Jūsų atstovaujamas vaikas turi būti užregistruotas [www.1808.lt](http://www.1808.lt) elektroniniu būdu ar telefonu 1808 PGR profilaktiniam tyrimui ir privalo izoliuotis Izoliavimo taisyklių nustatyta tvarka iki PGR tyrimo rezultatų gavimo. Neatlikus PGR profilaktinio tyrimo, Jūsų atstovaujam vaikui galios asmens, turėjusio didelės rizikos COVID-19 kontaktą, izoliavimosi reikalavimai. Šiuo atveju apie PGR tyrimo rezultatus turėsite pats (pati) pranešti mokyklos direktoriui ar jo įgaliotam asmeniui tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_arba el. paštu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *[nurodomi mokyklos kontaktai].*

**Dalyvio teisės**

Dalyvavimas kontaktinio ugdymo procese ir profilaktiniame tyrime ugdymo įstaigose yra **savanoriškas**, todėl turite teisę atsisakyti jame dalyvauti, o pradėjęs (-usi) galėsite bet kada iš jo pasitraukti, parašydamas (-a) laisvos formos prašymą.

**Asmens duomenų tvarkymo sąlygos**:

Informuojame, kad dalyvavimo kontaktinio ugdymo procese, periodinio tyrimo Jūsų atstovaujamam vaikui atlikimo metu:

Jūsų atstovaujamojo vaiko asmens duomenų valdytojas yra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *[nurodoma mokykla]*, juridinio asmens kodas: \_\_\_\_\_\_ adresas: \_ Klaipėda*. [nurodomi mokyklos rekvizitai]*

 Jūsų atstovaujamo vaiko duomenys bus tvarkomi dalyvavimo kontaktinio ugdymo procese tikslu, siekiant užtikrinti sveikas ir saugias kontaktinio mokymosi sąlygas ir atlikti tam būtiną profilaktinį tyrimą;

Asmens duomenys tvarkomi vadovaujantis Bendrojo duomenų apsaugos reglamento (toliau – BDAR) 6 straipsnio 1 dalies e punktais, taip pat 9 straipsnio 2 dalies i punktu ir bus saugomi ne ilgiau negu 14 kalendorinių dienų po mokslo metų pabaigos.

Jūsų atstovaujamojo vaiko asmens duomenys tyrimo organizavimo ir vykdymo tikslais gali būti pateikti:

* VšĮ Kauno miesto greitosios medicinos pagalbos stočiai, juridinio asmens kodas: 235042580, adresas: Pramonės pr. 33, LT-51271 Kaunas, kai asmens duomenys bus tvarkomi organizuojant darbą sveikatos vartų „Koronos karštojoje linijoje 1808“ vykdant registraciją atlikti tyrimą, perduodant duomenis mobiliam punktui, teikiant tyrimo užsakymą į Elektroninę sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinę sistemą (toliau – E.sveikata) ir informuojant Jus apie tyrimo rezultatus;
* LR Sveikatos apsaugos ministerijai, juridinio asmens kodas: 188603472, adresas: Vilniaus g. 33, LT-01506 Vilnius, kai bus tvarkomi Jūsų tyrimo duomenys E. sveikatoje;
* VšĮ Klaipėdos miesto poliklinikai, juridinio asmens kodas: 141574462, adresas: Taikos pr. 76, LT-93200 Klaipėda, kai bus vykdoma registracija kaupinių PGR tyrimams, ėminių kaupinių PGR tyrimams paėmimas ir jų pristatymas į laboratoriją.
* VšĮ Klaipėdos universitetinei ligoninei, juridinio asmens kodas: 190468035, adresas: Liepojos g. 41, LT-92288 Klaipėda, kai tyrimų laboratorija tvarkys tyrimo duomenis. Tyrimo metu atliktų tyrimų rezultatai bus suvedami į elektroninę sveikatos istoriją E. sveikatoje ir saugomi teisės aktų nustatytą laikotarpį.
* BĮ Klaipėdos miesto visuomenės sveikatos biurui, juridinio asmens kodas: 301255569, adresas: Taikos pr. 76, LT-93200 Klaipėda, kai asmens duomenys bus tvarkomi koordinuojant tyrime dalyvaujančių asmenų veiksmus, sklandžiam tyrimo užtikrinimui bei bendradarbiaujant ir teikiant pagalbą tyrimo vykdytojams ir dalyviams.

Jūs turite teisę:

* raštu arba el. paštu xxxxxx@xxxxxx.lt [*nurodomas ugdymo įstaigos el. pašto adresas]* kreipdamasis į duomenų valdytoją prašyti:
* susipažinti su savo ir Jūsų atstovaujamojo asmens duomenimis;
* ištaisyti arba ištrinti, arba apriboti duomenų tvarkymą;
* pateikti skundą Valstybinei duomenų apsaugos inspekcijai.

Duomenų apsaugos pareigūno kontaktai: adresas xxxxxxx, xxxxxxxxxxxxx@xxxxx.lt , (85) 2xxxxxxx; *[nurodomi ugdymo įstaigos duomenų apsaugos pareigūno kontaktai]*

**SUTIKIMAS DALYVAUTI PROFILAKTINIAME TYRIME**

Aš perskaičiau šią Sutikimo formą ir supratau man pateiktą informaciją.

Supratau, kad norėdamas (-a) atšaukti sutikimą dalyvauti periodiniame tyrime, atliekamame mokykloje, ir kontaktinio ugdymo procese, raštu turiu apie tai informuoti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *[nurodoma ugdymo įstaiga]* direktorių ar jo įgaliotą asmenį.

Supratau, kad dalyvavimas periodiniame tyrime ir kontaktinio ugdymo procese yra savanoriškas.

Įsipareigoju laikytis Taisyklių reikalavimų, jei mano atstovaujam vaikui reikės izoliuotis.

**INFORMACIJA APIE MANO ATSTOVAUJAMĄ NARĮ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vaiko vardas**  | **Vaiko pavardė**  | **Vaiko asmens kodas** | **Telefono Nr.** (jei asmuo nepilnametis, nurodomas Jūsų tel. Nr.) | **Priežastys, dėl kurių vaikas nedalyvauja tyrime\*** (detaliau priežastys nurodytos po lentele)pažymėkite varnele, jei yra kuri nors iš priežasčių |
| Nuo nustatyta COVID-19 ligos nepraėjo teisės aktuose nustatytas terminas  | Mažiau nei prieš 60 d. gautas teigiamas serologinis testas  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\*nuo COVID-19 ligos nustatymo praėjo mažiau laiko, nei Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro-valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo 2021 m. kovo 12 d. sprendime Nr. V-513 „Dėl pavedimo organizuoti, koordinuoti ir vykdyti bandomąjį savanorišką profilaktinį tyrimą ugdymo įstaigose“ nustatytas laikotarpis, kuriam praėjus asmeniui galimas kaupinių tyrimo atlikimas; prieš mažiau nei prieš 60 d. gautas teigiamas serologinio testo rezultatas.

Pažymiu, kad teikiu šį sutikimą dėl mano atstovaujamo vaiko periodinio tyrimo bei dėl asmens duomenų tvarkymo.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| vardas |  | pavardė |  |  | parašas |  | pasirašymo data |  |