

**SUTIKIMAS DĖL DALYVAVIMO
MOKYKLOS VYKDOMAME TESTAVIME COVID-19 LIGAI (KORONAVIRUSO
INFEKCIJAI) ĮTARTI**

**I SKYRIUS
BENDROJI INFORMACIJA**

Šioje sutikimo formoje pateikiama informacija apie x mokykloje (toliau – Mokykla) vykdomą savanorišką pagal pradinio, pagrindinio, vidurinio ugdymo ar pirminio profesinio mokymo programą ugdomų mokinių (toliau – mokiniai) testavimą COVID-19 ligai (koronaviruso infekcijai) (toliau – COVID-19 liga) įtarti (toliau – testavimas) ir asmens duomenų, susijusių su testavimo procesu, tvarkymą.

Testavimą vykdanči įstaiga

Testavimas vykdomas: _____
[mokyklos pavadinimas]

Už testavimo organizavimą atsakingas asmuo: _____

[už testavimo organizavimą atsakingo asmens vardas, pavardė, pareigos ir kontaktai]

Testavimo tikslas

Testavimo procesu siekiama užtikrinti COVID-19 ligos tarp mokyklos bendruomenės narių plitimo kontrolę, mažinti šios ligos židinių ar protrūkių mokyklose skaičių. Šiuo tikslu numatoma periodiškai organizuoti ir vykdyti COVID-19 ligos nustatymo tyrimą savikontrolės būdu atliekant greituosius SARS-CoV-2 antigeno testus

Testavimo išimtys

Tyrimas neatliekama mokiniams, kurie atitinka Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro–valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo 2020 m. gegužės 29 d. sprendimo Nr. V-1336 „Dėl tyrimų dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) organizavimo“ 4.2 papunktyje nurodytas sąlygas.

Testavimo vykdymo teisinis pagrindas

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro, valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo 2021 m. rugpjūčio 24 d. sprendimas Nr. V-1927 „Dėl pavedimo organizuoti, koordinuoti ir vykdyti testavimą ugdymo įstaigose“ ar jį keičiantis teisės aktas bei šio sprendimo pagrindu priimtas savivaldybės administracijos direktoriaus įsakymas.

Testavimo proceso dalyvio teisės

Dalyvavimas testavime yra savanoriškas, todėl vyresnis (-ė) nei 16 metų mokinys (-ė) ar jaunesnio mokinio (-ės) atstovas pagal įstatymą turi teisę atsisakyti jame dalyvauti, o priėmęs (-usi) sprendimą testuotis ir pradėjęs (-usi) gali bet kada iš jo pasitraukti, parašydamas (-a) laisvos formos prašymą.

II SKYRIUS TESTAVIMO PROCESO SĄLYGOS

Pasirašydami sutinkate, kad Jūsų atstovaujamas mokinys / Jūs kontaktinio ugdymo proceso metu bus / būsite testuojamas (-a) dėl COVID-19 ligos nustatymo savikontrolės būdu atliekant greituosius SARS-CoV-2 antígeno testus (toliau – savikontrolės tyrimas) ne dažniau kaip kas 3 dienas ir ne rečiau kaip kas 5 dienas.

Savikontrolės tyrimas bus atliekamas Mokykloje. Atskirai apie savikontrolės tyrimo atlikimo laiką trumpąja žinute nebūsite informuoti. Ėminių savikontrolės tyrimui savarankiškai ims pats (pati) mokinys (-inė) / imsite pats (pati) prieš tai instruktuos ugdymo įstaigos atsakingo darbuotojo (esant galimybei – ir visuomenės sveikatos specialisto). Savarankiškas ėminių paėmimas vykdomas prižiūrint atsakingam mokyklos darbuotojui arba visuomenės sveikatos specialistui. Savikontrolės tyrimo rezultatus vertins ir interpretuos pats (pati) mokinys (-inė) / vertinsite ir interpretuosite pats (pati) savarankiškai, padedant atsakingam Mokyklos darbuotojui, arba tai darys atsakingas Mokyklos darbuotojas, jei mokinys (-ė) yra jaunesnis (-ė) nei 16 metų.

Jei savikontrolės tyrimo rezultatas bus teigiamas, būsite informuotas (-a) apie poreikį Jūsų atstovaujama mokiniui / Jums atlikti patvirtinamąjį PGR tyrimą. Per Sprendimo Nr. V-1336 5.6 papunktyje nustatytą laikotarpį turėsite registruoti atstovaujama mokinį / registruotis patvirtinamajam PGR tyrimui į mobilųjį punktą per Karštosios linijos sistemą telefonu 1808 arba pildant elektroninę registracijos formą adresu www.1808.lt. Apie savikontrolės tyrimo ir patvirtinamojo PGR tyrimo rezultatus turėsite pranešti atsakingam mokyklos darbuotojui (*rekomenduojama įrašyti konkrečiau*).

Esant teigiamam savikontrolės tyrimo rezultatui, būsite prašomas nedelsiant apleisti ugdymo įstaigos teritoriją ir vykti namo. Jaunesnis nei 16 metų mokinys bus izoliuojamas, iki kol bus susisiekiama su jį pagal įstatymą atstovaujančiu asmeniu ir pastarasis paims mokinį arba atstovaujančiam asmeniui sutikus, mokinys bus išleistas į namus.

III SKYRIUS ASMENS DUOMENŲ TVARKYMO SĄLYGOS

Testavimo metu Jūsų atstovaujamo mokinio / Jūsų duomenis (vardą, pavardę, asmens kodą, telefono ryšio numerį, tyrimo duomenis (rezultata, atlikimo datą), priežastį, dėl kurios negali / negalite būti tiriamas, siekdamas užtikrinti sveikas ir saugias kontaktinio ugdymo sąlygas ir atlikti tam būtina testavimą, tvarkys šis duomenų valdytojas:

[mokyklos pavadinimas, adresas, juridinio asmens kodas, tel. Nr., el. pašto adresas].

Mokyklos duomenų apsaugos pareigūnas: _____
[Mokyklos duomenų apsaugos pareigūno kontaktai].

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

Jūsų atstovaujamo mokinio / Jūsų duomenys testavimo organizavimo ir vykdymo tikslais bus pateikti šiems duomenų gavėjams, kurie asmens duomenis tvarko vadovaudamiesi BDAR 6 str. 1 d. c punktu ir 9 str. 2 d. h ir i punktais:

registruojant Karštojoje linijoje 1808, teikiant kaupinių PGR tyrimo užsakymą į ESPBI IS ir informuojant Jus apie kaupinių PGR tyrimo rezultatus – VšĮ Kauno miesto greitosios medicinos pagalbos stočiai;

koordinuojant testavimo atlikimą ugdymo įstaigoje – savivaldybės visuomenės sveikatos biurui.

Testavimo metu gauta sveikatos informacija, leidžianti nustatyti asmens tapatybę, yra konfidenciali ir teikiama pirmiau nurodytiems duomenų gavėjams, laikantis BDAR, Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo ir kitų šią veiklą reglamentuojančių teisės aktų reikalavimų. Kitiems duomenų gavėjams Jūsų atstovaujamo mokinio / Jūsų asmens duomenys gali būti teikiami tik teisės aktuose nustatytais atvejais ir kai asmens duomenų teikimas būtinas ir proporcingas teisėtai ir konkrečiais tikslais. Trečiosioms šalims šio sutikimo pagrindu tvarkomi Jūsų atstovaujamo mokinio Jūsų asmens duomenys nebus perduodami.

Atliekant testavimą gauta sveikatos informacija nelaikoma konfidencialia ir gali būti paskelbta be Jūsų sutikimo, jeigu ją paskelbus nebus galima tiesiogiai ar netiesiogiai nustatyti Jūsų atstovaujamo mokinio / Jūsų tapatybės.

Jūs turite BDAR nurodytas teises:

teisę prašyti, kad Jums būtų leista susipažinti su duomenų valdytojo ir duomenų gavėjų turimais Jūsų atstovaujamo mokinio / Jūsų duomenimis ir juos ištaisyti arba ištrinti;

teisę apriboti Jūsų atstovaujamo mokinio / Jūsų duomenų tvarkymą, teisę nesutikti, kad duomenys būtų tvarkomi;

teisę į duomenų perkeliamumą;

teisę bet kuriuo metu atšaukti šį sutikimą tvarkyti Jūsų atstovaujamo mokinio / Jūsų asmens duomenis pirmiau nurodytais tikslais (šio sutikimo atšaukimas nereiškia, kad asmens duomenys iki Jūsų sutikimo atšaukimo buvo tvarkomi neteisėtai).

IV SKYRIUS SUTIKIMAS DALYVAUTI TESTAVIME

Aš, būdamas įstatyminiu atstovu, sutinku, jog mano atstovaujamo mokiniui / Aš (jei esate vyresnis nei 16 metų mokinys) sutinku, kad man (*pabraukti Jūsų atvejį atitinkantį variantą*) būtų periodiškai atliekamas savikontrolės tyrimas.

Patvirtinu, kad mano atstovaujamo mokiniui / man (jei esate vyresnis nei 16 metų mokinys) nėra taikomos testavimo išimtys.

Aš perskaičiau šią Sutikimo formą ir supratau man pateiktą informaciją ir sutinku, kad mano atstovaujamas mokinys dalyvautų / sutinku dalyvauti testavime.

Man buvo suteikta galimybė užduoti klausimus ir gavau mane tenkinančius atsakymus.

Man buvo tinkamai išaiškinta testavimo organizavimo ir vykdymo tvarka. Aš sutinku ir neprieštarauju, kad ėminius tyrimams ims mano atstovaujamas mokinys / insiu sau savarankiškai, prieš tai Mokyklos atsakingam darbuotojui instruktavus mano atstovaujamo mokinį / mane, kaip imti ėminius tyrimui, ir prižiūrint jam.

Supratau, kad galiu bet kada atšaukti sutikimą, nenurodęs (-džiusi) priežasčių.

Supratau, kad norėdamas (-a) atšaukti sutikimą dalyvauti testavime, raštu turiu apie tai informuoti mokyklos direktorių ar jo įgaliotą asmenį ir jį pateikti klasė mokytojui / klasės auklėtojui. Nepateikęs sutikimo atšaukimo, laikoma, kad sutikimas galioja organizuojant testavimą teisės aktuose reglamentuota tvarka.

Supratau, kad dalyvavimas testavime yra savanoriškas.

Įsipareigoju laikytis Izoliavimo taisyklių reikalavimų, jei mano atstovaujama mokiniui / man reikės izoliuotis.

Sutinku, kad tuo atveju, jei šiame sutikime nustatyta testavimo organizavimo tvarka ar procesai būtų pakeisti dėl juos reglamentuojančių teisės aktų pakeitimų, Mokykla apie pakeitimus informuotų mane elektroniniu pranešimu šiame sutikime nurodytu el. pašto adresu. Toks informavimas būtų laikomas tinkamu informavimu apie testavimo tikslą, sąlygas ir tvarką ir laikomas sudėtine šio sutikimo dalimi, todėl dėl galimų pakeitimų atskiras/naujas sutikimas nebūtų pasirašomas, o bendrai vykdomam testavimui pakankamu laikomas šis sutikimas.

V SKYRIUS

SUTIKIMAS MOKYKLAI TVARKYTI ASMENS DUOMENIS

Aš perskaičiau šią sutikimo formą, supratau man pateiktą informaciją ir sutinku, kad mokykla tvarkytų šiame sutikime nurodytus mano atstovaujamo mokinio / mano asmens duomenis sutikime nurodytu tikslu, sąlygomis ir tvarka.

Man buvo suteikta visa su asmens duomenų tvarkymu ir mano atstovaujamo mokinio / mano teisėmis susijusi informacija.

Apie asmens duomenų, tvarkomų pagal šį sutikimą, pasikeitimus įsipareigoju pranešti mokyklai.

Sutikimo galiojimo terminas – 14 kalendorinių dienų po einamųjų mokslo metų pabaigos ar iki šio sutikimo atšaukimo, jei jį atšaukčiau.

Žinau, kad turiu teisę bet kada atšaukti šį sutikimą ir reikalauti nutraukti tolesnį asmens duomenų tvarkymą, kuris yra vykdomas šio sutikimo pagrindu. Sutikimo atšaukimas nedaro poveikio sutikimu pagrįsto asmens duomenų tvarkymo, atlikto iki sutikimo atšaukimo, teisėtumui.

Žinau, kad nesutikdamas, jog Mokykla tvarkytų sutikime nurodytus duomenis, mano atstovaujamas mokinys negalės / aš negalėsiu dalyvauti mokyklos organizuojamame testavime.

Žinau, kad turiu teisę apskųsti asmens duomenų tvarkymą. Jeigu manau, kad mano atstovaujamo mokinio / mano duomenis mokykla ar bet kuris kitas duomenų gavėjas tvarko pažeisdamas duomenų apsaugos teisės aktų reikalavimus, aš turėsiu teisę pateikti skundą priežiūros institucijai, kuri Lietuvos Respublikoje yra Valstybinė duomenų apsaugos inspekcija (L. Sapiegos g. 17, LT-10312 Vilnius; tel. (8 5) 212 7532; el. paštas ada@ada.lt), arba teismui.

vardas

pavardė

parašas

data

**X MOKYKLOS
GREITOJO ANTIGENO TESTŲ REZULTATŲ
REGISTRAS**

Eil. Nr.	Testo atlikimo data, laikas	Vardas, pavardė, klasė/grupė	Antigeno testo rezultatas (neigiamas, teigiamas)	Pastabos*	Pildžiusio asmens vardas, pavardė ir parašas
1	2	3	4	5	6
1.					
2.					
3.					

* Pastabose gali būti nurodyta sekančio antigeno testo atlikimo data, tolimesni veiksmai esant teigiamam antigeno testui.
