**Soglasje / nesoglasje k izvajanju testiranja s testi HAG za samotestiranje**

Na podlagi tretjega odstavka 8. člena Odloka o začasnih ukrepih za preprečevanje in obvladovanje okužb z nalezljivo boleznijo COVID-19 (Uradni list RS, št. 174/21 in 177/21, v nadaljnjem besedilu: Odlok)

Podpisani \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kot starš oziroma skrbnik/ca učenca/ke \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ iz \_\_\_\_\_\_\_\_\_razreda OŠ dr. Pavla Lunačka Šentrupert.

**SOGLAŠAM**  **NE SOGLAŠAM**

da se zgoraj navedeni učenec za potrebe izvajanja vzgojno-izobraževalne dejavnosti trikrat tedensko, v prostorih vzgojno-izobraževalnega zavoda, in pod nadzorom osebe, ki jo določi ravnatelj, **obvezno testira s testi HAG za samotestiranje**.

Za učence, ki izvajajo testiranje s testi HAG za samotestiranje se šteje, da izpolnjujejo pogoj PCT tudi za udeležbo v obšolskih dejavnostih.

Seznanjen sem, da se učencem, ki testiranja s testi HAG za samotestiranje ne izvajajo v skladu z veljavnim odlokom, začasno prepove zbiranje v vzgojno-izobraževalnih zavodih. Ti učenci se v skladu s sklepom ministra, pristojnega za izobraževanje, ki ureja izvajanje vzgojno-izobraževalnega dela na daljavo, izobražujejo na daljavo.

Vse informacije o izvedbi samo-testiranja na SARS-CoV-2 s hitrimi antigenskimi testi so dostopne na spletnem naslovu Ministrstva za zdravje: [www.mz.gov.si](http://www.mz.gov.si) in Nacionalnega inštituta za javno zdravje <https://www.nijz.si/sl/samotestiranje#prikaz-samotestiranja-%28posnetek%29>

Kraj, datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 Podpis staršev

**Podpisano soglasje/nesoglasje mora učenec prinesti v šolo najkasneje do srede, 17. 11. 2021 oziroma prvi dan prihoda učenca v šolo.**

*Samotestirajo se učenci, ki niso bili polno cepljeni in niso preboleli COVID-19 ali niso bili polno cepljeni in so preboleli COVID-19, od okužbe pa je minilo več kot šest mesecev.*

**IZJAVA O IZPOLNJEVANJU POGOJA PREBOLEVNOSTI OZ. CEPLJENJA**

Podpisani \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ s podpisom potrjujem, da moj otrok \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ iz \_\_\_\_\_\_\_razreda OŠ dr. Pavla Lunačka Šentrupert izpolnjuje pogoj prebolevnosti (pogoj izpolnjuje do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) ali cepljenja in se mu ni potrebno samotestirati v šoli.

Kraj, datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Podpis staršev oz. skrbnikov