**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)

 **SLAŽEM SE**

da se navedeni/a učenik/ca redovito samotestira SARS-CoV-2 brzim antigenskim testovima jedanput tjedno te da o rezultatima testa redovito obavještavam razrednika/razrednicu.

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

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

 Potpis roditelja/skrbnika