**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,OŠ Ivane Brlić – Mažuranić Rokovci - Andrijaševci

 **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