

SUTIKIMAS DALYVAUTI TESTAVIME

Aš, būdamas įstatyminiu atstovu, sutinku, jog mano atstovaujama

mokiniui..... arba man (jei esate vyresnis nei

Vardas, pavardė, klasė

16 metų mokinys) **būtų periodiškai atliekamas kaupinių PGR tyrimas.**

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

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

* Su pilna sutikimo forma galite susipažinti mokyklos tinklapyje <https://www.rukla.jonava.lm.lt/> ir facebook platformoje <https://www.facebook.com/ruklos.mokykla.52/>.

Vardas, pavardė

Parašas

Data