

Colegiul Național „Calistrat Hogaș”, Piatra-Neamț

DECLARAȚIE

Subsemnatul/Subsemnata, _____,
în calitate de părinte/reprezentant legal al elevului/elevei
_____, din clasa a ____-a _____, sunt
de acord cu efectuarea testului antigen rapid pentru depistarea îmbolnăvirilor cu virusul
SARS-CoV-2, în cabinetul medical al colegiului.

Solicite testarea, deoarece elevul/eleva:

- este în a 8-a zi de la data confirmării unui caz pozitiv în clasă;
- prezintă simptome specifice îmbolnăvirii cu virusul SARS-CoV-2.

Data

Semnătura
