

إقرار بالموافقة على المشاركة في فحص سارس-كوف-2 كجزء من ارتياد المدرسة، والموافقة على تمرير البيانات المرتبطة به

اسم الطفل أو التلميذ/ة البالغ/ة: \_\_\_\_\_

الفصل/المجموعة: \_\_\_\_\_ المدرسة/روضة الأطفال:

في إطار استراتيجية الاختبارات التي تتبعها مدينة فرايبورج، جنباً إلى جنب مع مستشفى جامعة فرايبورج، يُمنح تلاميذ المدارس وأطفال وروضات الأطفال فرصة المشاركة في اختبار عدوى سارس-كوف-2. ويُجرى الاختبار على هيئة ما يسمى "الاختبار الجماعي"، حيث تُجمع عينات من عدة أطفال. علماً بأن مشاركة طفلكم في الفحص تطوعية ومجانية. وفي الفحص بجميع متطلبات الاختبارات الإلزامية التي تقرها الجهات الرسمية. طالما أن الاختبار إلزامي، لا يجوز أن يشارك طفلكم أو التلميذ/ة البالغ/ة في الفحص التي تتطلب الحضور دون اختبار.

فيما يتعلق بالاختبار، تتم معالجة بياناتك الشخصية أو بيانات طفلك، مثل الاسم وبيانات الاتصال والجنس وتاريخ الميلاد والبيانات الصحية (الاختبار إيجابي، الاختبار سلبي). وستُبلغ بنتيجة الاختبار عبر البريد الإلكتروني، وإذا كانت النتيجة إيجابية، فسُتُبلغ أيضاً عبر رسالة نصية قصيرة. وإذا كان الاختبار الجماعي إيجابياً، يجب إجراء اختبار فردي لاحق. إذا كانت النتيجة إيجابية، فسيتم إبلاغ مكتب الصحة المسؤول على المستوى المحلي. وفقاً للمادة 6 الفقرة 1 ج، والمادة 9 الفقرة 2 ط من اللائحة الأساسية لحماية البيانات (DS-GVO) بالمقارنة مع المادتين 6 و8 من قانون الحماية من العدوى (IfSG) يجب إبلاغك بنتيجة الاختبار الإيجابية لطفلك أو التلميذ/ة البالغ/ة. ولعمل ذلك، يجب تعريف طفلك أو التلميذ/ة البالغ/ة بوضوح، والاتصال بكم إذا لزم الأمر. بالإضافة إلى ذلك، تُستخدم البيانات دون الكشف عن الهوية؛ لمراقبة المشروع والبحث العلمي.

**بالموافقة على المشاركة في فحص سارس-كوف-2، فإنك توافق على أن طفلك أو التلميذ/ة البالغ/ة قد يجري واحداً أو أكثر من اختبارات سارس-كوف-2 تحت التوجيه والإشراف. أنت توافق أيضاً على معالجة البيانات التي تحتاجها مدينة فرايبورج لإجراء هذه الاختبارات.**

أدرك أن المدرسة توثق المشاركة في الاختبار. وأدرك أنه يمكنني إلغاء هذه الموافقة في أي وقت دون إبداء أسباب. بعد استلام إعلان الإلغاء، لن يُسمح بمعالجة بياناتي أو بيانات طفلي بعدها. وستُحذف على الفور. وسأرسل إعلان الإلغاء الخاص بي إلى المدرسة.

يرجى وضع علامة على الاختيار الصحيح:

أرفض المشاركة.

أوافق على المشاركة.

توقيع ولي الأمر أو الطالب البالغ

المكان، التاريخ