

CONSENTIMENTO INFORMADO

Para realização, em estabelecimento de educação/ ensino, de teste laboratorial para SARS-CoV-2 a docentes/não docentes

Designação do Estabelecimento de Educação/Ensino: _____.

Agrupamento de Escolas a que pertence (quando aplicável): _____.

Docente Não Docente (assinalar com X a opção correspondente)

Nome: _____.

Número de utente de saúde: _____.

Número do cartão de cidadão: _____.

Residência: _____;

Concelho: _____; Distrito: _____.

Telemóvel n.º: _____; Endereço Eletrónico: _____.

Fui diagnosticado com COVID-19 há menos de 90 dias *[não deve realizar teste]*

Declaro que consinto não consinto (assinalar com X a opção pretendida) que me seja realizado teste laboratorial para SARS-CoV-2.

Mais declaro que me foi previamente facultada toda a informação necessária, enquadramento legal e sanitário, adequados à realização do teste, bem como me foi dada a garantia de que os dados constantes do presente consentimento e os que resultem do teste efetuado serão utilizados exclusivamente pelas autoridades sanitárias, em articulação com o Instituto de Segurança Social ou a Direção-Geral dos Estabelecimentos Escolares, para efeitos de sinalização de casos positivos, permanecendo os dados pessoais salvaguardados nos termos do disposto no Regulamento Geral de Proteção de Dados e na demais legislação geral e especial em vigor.

_____, ____/____/2021.

O Declarante: _____