



Osnovna šola  
dr. IVANA KOROŠČA BOROVNICA  
Paplerjeva 15  
1353 Borovnica  
tel.: 01/75-72-500, fax: 01/75-72-510  
e-naslov: os-borovnica@guest.arnes.si

## Soglasje / nesoglasje k izvajanju testiranja s testi HAG za samotestiranje in Izjava o izpolnjevanju pogoja PC

Na podlagi tretjega odstavka 8. člena Odloka o začasnih ukrepih za preprečevanje in obvladovanje okužb z nalezljivo boleznijo COVID-19 (Uradni list RS, št. 174/21, 177/21, 185/21, 190/21, 197/21, 200/21, 201/21, 4/22) v nadaljnjem besedilu: Odlok

podpisani \_\_\_\_\_

kot starš oziroma skrbnik/ca učenca/ke \_\_\_\_\_

iz \_\_\_\_\_ razreda OŠ dr. Ivana Korošca Borovnica.

### SOGLAŠAM

### NE SOGLAŠAM

da se zgoraj navedeni učenec za potrebe izvajanja vzgojno-izobraževalne dejavnosti testira v prostorih vzgojno-izobraževalnega zavoda, in sicer pod nadzorom osebe, ki jo določi ravnatelj, **obvezno testira s testi HAG za samotestiranje**.

Za učence, ki izvajajo testiranje s testi HAG za samotestiranje se šteje, da izpolnjujejo pogoj PCT tudi za udeležbo v obšolskih dejavnostih.

Seznanjen sem, da se učencem, ki testiranja s testi HAG za samotestiranje ne izvajajo v skladu z veljavnim odlokom, začasno prepove zbiranje v vzgojno-izobraževalnih zavodih. Ti učenci se v skladu s sklepom ministra, pristojnega za izobraževanje, ki ureja izvajanje vzgojno-izobraževalnega dela na daljavo, izobražujejo na daljavo.

V primeru, da je vaš otrok prebolel COVID-19 ali bil cepljen, vas prosimo, da izpolnite tudi izjavo v nadaljevanju.

Spodaj podpisani izjavljam, da je moj otrok: \_\_\_\_\_

a. Prebolel COVID-19; veljavnost potrdila od: \_\_\_\_\_, do: \_\_\_\_\_

Na PCR testu je bil pozitiven (datuma): \_\_\_\_\_

b. Je bil polno cepljen (dva od dveh odmerkov).

Navedite datum drugega odmerka: \_\_\_\_\_

Kraj, datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Podpis staršev