**EINWILLIGUNG ZUR TEILNAHME ZUM PROJEKT**

**"NASALE ANTIGEN-SELBSTTESTS" SARS COV 2 IN SCHULEN**

**Personen, die elterliche Verantwortung oder Vormundschaft ausüben**

Die/Der Unterfertigte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in der Eigenschaft als \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Angaben zu einem gültigen Ausweisdokument\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Erklärt hiermit, den Antrag unter Einhaltung der Bestimmungen zur elterlichen Verantwortung gemäß Artt. 445, 316, 337 ter und 337 quater des Zivilgesetzbuchs, die das Einverständnis beider Elternteile vorsehen, gestellt zu haben.

**Hiermit erteile(n) Ich/Wir meine/unsere Einwilligung zur Teilnahme ZUM PROJEKT**

**"NASALE ANTIGEN-SELBSTTESTS" SARS-CoV-2 in den Schulen, für ihre Tochter/ihren Sohn**

Name und Nachname\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Geburtsort und Geburtsdatum\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

□**JA** □**NEIN**

**Sollte mein Kind positiv getestet werden, werde ich von der Schule umgehend telefonisch kontaktiert. Über ein negatives Testergebnis erfolgt KEINE Mitteilung.**

**Außerdem:**

Bin Ich/Wir damit einverstanden, kontaktiert zu werden, um meine Ansichten zum oben genannten Projekt zu äußern.

□JA □NEIN

Ort und Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N.B.: Der Widerruf dieser Einwilligung ist jederzeit in schriftlicher Form möglich.