



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
3<sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΜΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ  
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ  
Κ.Υ. ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ

**Έντυπο συναίνεσης διαγνωστικού ελέγχου (Rapid Test)  
στο Κ.Υ. Καστοριάς**

στα πλαίσια της ανάγκης περιορισμού της διασποράς του κορωνοϊού  
σύμφωνα με την Κ.Υ.Α. Δ1α/ΓΠ/οικ.55254/21 (ΦΕΚ-4187 Β/10-9-21)  
Σχολικό έτος 2021/2022

Δηλώνω ότι συναινώ στην διενέργεια ελέγχου ταχείας ανίχνευσης  
αντιγόνου (Rapid test) στην μαθήτριά / στον μαθητή

.....  
.....

του τμήματος

.....  
.....

του σχολείου

.....  
.....

Όνοματεπώνυμο γονέα / κηδεμόνα

.....  
.....

Αριθμός τηλεφώνου .....

Ημερομηνία .....

Υπογραφή

.....