**Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem PoC-Antigen-Test zum Ausschluss einer COVID-19-Infektion**

**und damit verbundener Datenweitergabe**

**Verein (vollständiger Name und Anschrift)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name Verein:** |  |
| **Anschrift:**  |  |
| **Kontakt:**  |  |
| **Telefon:**  |  | **E-Mail:** |  |

**Angaben zur Person:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name:**  |  | **Vorname:** |  |
| **Geburtsdatum:**  |  |
| **Anschrift:**  |  |
| **Telefon:**  |  | **E-Mail:** |  |

Hiermit willige ich ein, dass meine Tochter/mein Sohn an einem PoC-Antigen-Test zum Ausschluss einer COVID-19-Infektion teilnimmt. Mir ist bewusst, dass bei einem positiven Testergebnis meine Tochter/mein Sohn die Anlage sofort verlassen und sich direkt in häusliche Isolation begeben muss und dass ich außerdem unverzüglich das zuständige Gesundheitsamt an meinem Wohnort über ein positives Testergebnis informieren muss.

Ich willige auch ein in die Verarbeitung der personenbezogenen Daten meiner Tochter/meines Sohns. Die Datenverarbeitung erfolgt ausschließlich zum Zweck der Durchführung eines PoC-Antigen-Tests zum Ausschluss einer COVID-19 Erkrankung. Eine Weitergabe der personenbezogenen Daten an Dritte findet statt.

Die Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ab Zugang der Widerrufserklärung dürfen meine Daten bzw. die meiner Tochter/meines Sohnes nicht weiterverarbeitet werden. Sie sind unverzüglich zu löschen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Meine Widerrufserklärung werde ich an den Verein richten (Kontakt und Adresse wie oben).

Aus der Nichterteilung der Einwilligung entstehen mir keine Nachteile.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort / Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte/r