

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Ich, (Vorname und Familienname), erreichbar unter
..... (Telefonnummer) und (E-Mailadresse),
willige ein, dass ich

einen COVID-19 Antigen-Selbsttest (ohne Abstrich im hinteren Nasen- oder
Rachenbereich) vornehme bzw. vornimmt

UND

einen COVID-19 PCR-Selbsttest (durch Spülen) vornehme bzw. vornimmt und die oben
genannten Daten zum oben beschriebenen Zweck der Selbsttestung an Schulen
verarbeitet werden.

Ort, Datum

Name (in Blockbuchstaben)

Widerruf der Einwilligung:

Ein Widerruf dieser datenschutzrechtlichen Einwilligung sowie der Einwilligung zur Vornahme der Probenabnahme für den PCR-Test oder Antigen-Test ist jederzeit schriftlich (postalisch, per E-Mail, per Telefax) bei der Schule möglich. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der davor erfolgten Maßnahmen und Datenverarbeitungen nicht berührt. Ab Zeitpunkt des Widerrufs werden an der Schule keine dem Widerruf unterliegenden Testungen mehr durchgeführt.