



**Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der freiwilligen zweimal wöchentlichen  
Testung (Saliva SARS-Cov-2 (2019-nCoV) Antigen Combined Test)  
im Zeitraum vom 05.07.2021 bis 23.07.2021**

**Schule:** Salzmannschule Schnepfenthal  
Staatliches Spezialgymnasium für Sprachen  
Klostermühlenweg 2-8  
99880 Waltershausen OT Schnepfenthal

**Angaben zur Schülerin / zum Schüler:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Daten eines Sorgeberechtigten bei Minderjährigen:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Hiermit willige ich ein, dass ich / mein Kind an der freiwilligen zweimal wöchentlichen Testung (Saliva SARS-Cov-2 (2019-nCoV) Antigen Combined Test) im Zeitraum vom 05.07.2021 bis 23.07.2021 zum Ausschluss einer COVID-19-Infektion in der Schule teilnehme / teilnimmt. Mir ist bewusst, dass ich / mein Kind bei einem positiven Testergebnis die Schule sofort verlassen muss und ich mich / sich direkt in häusliche Isolation begeben muss. Ich willige auch in die Verarbeitung der personenbezogenen Daten ein. Die Datenverarbeitung erfolgt ausschließlich zum Zweck der Durchführung eines Saliva SARS-Cov-2 (2019-nCoV) Antigen Combined Tests zum Ausschluss einer COVID-19-Erkrankung. Die Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ab Zugang der Erklärung dürfen die Daten 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 die Salzmannschule z.Hd. Herrn Dirk Schmidt richten.

Aus der Nichterteilung der Einwilligung entstehen keine Nachteile.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der volljährigen Schülerin/  
des volljährigen Schülers bzw. der / des Sorgeberechtigten