-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**SUTIKIMAS DĖL GREITOJO ANTIGENO TESTAVIMO**

**(privalomas mokiniams iki 16 metų)**

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

(data)

Aš, ..……………………………………………………….., sutinku, kad mano sūnus/dukra ……………………………. atliktų greitąjį antigeno testą.

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

(Vardas, pavardė, parašas)