For highlighted text, districts and schools should fill in the appropriate information or choose the correct option.

**员工参加在家抗原检测计划的选择表格**

* 我们强烈鼓励已接种疫苗和未接种疫苗的个别人士选择加入计划。

**个人信息：**

|  |  |
| --- | --- |
| **员工信息** | |
| **员工姓名**  **请以正楷填写：** |  |
| **员工学校名称：** |  |
| **选择** | **是**， 我选择让参加在家抗原检测计划*（请阅读并签署以下表格）。*  **否**，我不选择参加在家抗原检测计划*（不需要采取进一步行动）* |

**选择加入协议：**

通过填写并提交此表，本人确认我是适当的家长、监护人或合法授权的个别人士，并可以选择参加在家抗原检测计划：

* 选择加入计划：本人明白我的学区将只为那些选择加入的学生和员工（无论是否接种疫苗）提供在家抗原检测计划。
* 培训：本人明白我的学区将向本人提供前提的在家抗原检测的培训材料，包括何时进行测试的说明。本人同意在检测之前接受此培训。
* 检测分发：本人明白我将每两周收到一盒在家抗原检测包。本人明白每套检测包内有两个单独的检测试剂，本人将在每周的 [星期几] 进行检测。
* 报告检测结果：本人明白如果我的检测结果呈阳性，本人将向我的学校报告阳性检测结果。本人明白学校将对检测结果保密，不会公开个别人士的检测结果。
* 自愿参与：本人明白参与在家抗原检测计划是可选择的，本人可以在任何时候选择不参与。若要取消选择加入在家抗原检测计划，本人需要联系[XX] 。

本人，即以下签字人，已被告知在家抗原检测计划和步骤，并且本人已收到这份选择表格的副本。在本人签字之前，本人有机会提出问题，并被告知我可以在任何时候提出其他问题。本人自愿选择参加该计划。

员工签名： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_