

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

o splnění podmínek podle mimořádného opatření Ministerstva zdravotnictví č. 423 a neexistenci příznaků onemocnění COVID 19

JMÉNO A PŘÍJMENÍ:

Telefon:

1, Prohlašuji, že jsem v posledních 14 dnech nebyl (a) v rizikovém kontaktu s osobou, u které se potvrdilo v posledních 14 dnech onemocnění COVID 19. Současně prohlašuji, že netrpím příznaky onemocnění COVID 19.

2, Prohlašuji a potvrzuji (označte 1 z prohlášení):

A, Prohlašuji, že jsem podstoupil(a) antigenní test nejdéle před 72 hodinami v odběrovém místě s výsledkem negativní. Toto potvrzuji předložením negativního antigenního testu.

B, Prohlašuji, že jsem podstoupil(a) PCR test nejdéle před 7 dny v odběrovém místě s výsledkem negativní. Toto potvrzuji předložením negativního PCR testu.

C, Prohlašuji, že jsem minimálně 14 dní od poslední dávky schválené vakcíny proti COVID 19 (u jednodávkové vakcíny po první dávce, u dvoudávkové vakcíny po druhé dávce). Toto potvrzuji potvrzením MZ.

D, Prohlašuji, že jsem prodělal(a) onemocnění COVID 19 a od prvního pozitivního testu neuplynulo více než 90 dní. Toto potvrzuji potvrzením ošetřujícího lékaře.

E, Prohlašuji, že jsem byl(a) testována v zaměstnání samotestem nejdéle před 72 hodinami s výsledkem negativní. Toto potvrzuji potvrzením od zaměstnavatele.

F, Prohlašuji, že moje dítě bylo testováno ve školním zařízení nejdéle před 72 hodinami s výsledkem negativní.

G, Prohlašuji, že jsem si provedl(a) samotest zde na provozovně s negativním výsledkem.

Jsem si vědom(a) následků v případě, že toto prohlášení není pravdivé.

V.....

Podpis.....