ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

OSOBA

JMÉNO A PŘÍJMENÍ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATUM NAROZENÍ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

KONTAKT (MOBIL): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

JMÉNO A PŘÍJMENÍ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATUM NAROZENÍ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

zákonného zástupce v případě, že osoba je mladší 15 let zákonného zástupce

**PROHLÁŠENÍ O SPLNĚNÍ PODMÍNEK**

vyberte jednu z následujících podmínek (nehodící se škrtni)

Termín posledního NEGATIVNÍHO RT-PCR ANO / NE

nejdéle před 7 dny

Termín posledního NEGATIVNÍHO POC antigenního testu ANO / NE

nejdéle před 72 hodinami – u zaměstnavatele, ve školském zařízení, samotestování

Termín provedeného OČKOVÁNÍ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nejméně 14 dní od aplikace druhé dávky očkovací látky (dvoudávkové schéma) nebo od aplikace první dávky (jednodávkové schéma)

Prodělané onemocnění COVID-19 ANO / NE

od prvního pozitivního testu neuplynulo více než 180 dní

DATUM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PODPIS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

osoby či zákonného zástupce v případě, že osoba je mladší 15 let