

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Já, níže podepsaný/á

Jméno a příjmení: .....

Zákonný zástupce

(jméno a příjmení): .....

Trvalé bydliště: .....

Rodné číslo: .....

Kód pojišťovny: .....

Telefonní číslo: .....

### **Prohlašuji, že:**

- jsem byl testován/a na místě antigenního odběrového centra na přítomnost antigenu viru SARS-Cov-2 pomocí antigenního testu (POC rapid test, laboratorní test) s **NEGATIVNÍM VÝSLEDKEM, dne:.....**, nebo
- jsem byl testován/a v rámci školního testování či v rámci výdělečné činnosti na přítomnost antigenu viru SARS-Cov-2 pomocí schváleného antigenního testu s **NEGATIVNÍM VÝSLEDKEM, dne : .....**, nebo
- provedl jsem domácí testování prostřednictvím schváleného antigenního testu na přítomnost viru SARS-Cov-2 s **NEGATIVNÍM VÝSLEDKEM, dne: .....**, nebo
- jsem absolvoval/a RT– PCR vyšetření na přítomnost viru SARS-Cov-2 s **NEGATIVNÍM VÝSLEDKEM, dne: .....**, nebo
- ode dne, kdy mně bylo diagnostikováno onemocnění COVID-19, **neuplynulo více než 180 dní**, nebo
- od aplikace druhé dávky očkování proti onemocnění COVID-19 **uplynulo více než 14 dní**

V Praze dne: .....

.....

Podpis (zákonný zástupce)