PROHLÁŠENÍ O BEZINFEKČNOSTI

Já, níže podepsaný/á,

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: .....

Adresa trvalého pobytu: .....

prohlašuji, že:

- nejsem si vědom/a žádné infekční nemoci, kterou bych mohl/a šířit,
- nebyl/a jsem v kontaktu s osobou nakaženou infekční nemocí (např. COVID-19, chřipka, žloutenka apod.) v posledních 14 dnech,
- nemám žádné příznaky onemocnění (zvýšená teplota, kašel, rýma, průjem, kožní vyrážka apod.),
- nebyla mi nařízena karanténa ani izolace z důvodu infekční nemoci,
- mi lékař ani hygienik nenařídil karanténní opatření.

Jsem si vědom/a právních následků, které by mne postihly, kdyby toto prohlášení nebylo pravdivé.

V ..... dne .....

Podpis: .....