

IZJAVA O TESTIRANJU

Spodaj podpisani/-a _____,
rojen/-a _____,
s prebivališčem na naslovu _____,

pod kazensko in materialno odgovornostjo izjavljam:

1. da sem v zadnjih 48 urah prejel negativen rezultat testa na virus SARS-CoV-2 z metodo PCR ali hitrega antigeneskega testa (HAG) ali
2. da je od prejema drugega odmerka cepiva proizvajalca Biontech/Pfizer preteklo najmanj sedem dni ali proizvajalca MODERNA najmanj 14 dni, oziroma od prejema prvega odmerka cepiva proizvajalca AstraZeneca najmanj 21 dni ali
3. da imam potrdilo o pozitivnem rezultatu testa PCR ali testa HAG, ki je starejši od 21 dni, vendar ni starejši od šest mesecev ali
4. da imam potrdilo zdravnika o prebolelosti COVID-19 in od začetka simptomov ni minilo več kot šest mesecev.

Datum in ura: _____

Podpis: _____

V primeru, da zgoraj podpisana oseba ni polnoletna, mora izjavo obvezno podpisati tudi starš ali zakoniti zastopnik osebe.

Podpis staršev ali zakonitih zastopnikov

Ime in priimek: _____

Podpis: _____