

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU VE VZTAHU KE COVIDU-19

já, níže podepsaný/á

jméno a příjmení:

narozen/a:

kontakt mail a telefon:

Pořadateli jsem předložil/a:

- ☐ Negativní RT-PCR test, který jsem absolvoval/a nejdéle 7 dnů před začátkem akce
- ☐ Negativní antigení test, který jsem absolvoval/a nejdéle 72h před začátkem akce
- ☐ certifikát od MZdr o ukončeném očkování a od aplikace druhé dávky v případě dvoudávkového schématu uplynulo nejméně 14 dní nebo 21 dní od první aplikace
- ☐ potvrzené onemocnění COVID-19, uplynula u něj doba izolace podle platného mimořádného opatření Ministerstva zdravotnictví a od prvního pozitivního POC antigeního testu na přítomnost antigenu viru SARS CoV-2 nebo RT-PCR testu na přítomnost viru SARS-CoV-2 neuplynulo více než 180 dní
- ☐ antigení test na stanovení přítomnosti antigenu viru SARS-CoV-2, který je určen pro sebetestování nebo povolený MZdr k použití laickou osobou, s negativním výsledkem, a dále osobě, která absolvovala v rámci povinného testování zaměstnanců stanoveného jiným mimořádným opatřením MZdr nejdéle před 72 hodinami test na stanovení přítomnosti antigenu viru SARS-CoV-2, který je určen pro sebetestování nebo povolený MZdr k použití laickou osobou s negativním výsledkem a byl osobě poskytnut jejím zaměstnavatelem; tato skutečnost se dokládá potvrzením od zaměstnavatele (obdobně ze školy) nebo **čestným prohlášením**.

Prohlašuji, že:

- ☐ není mi známo, že bych měl/a aktivní onemocnění COVID-19 či jiné přenosné onemocnění,
- ☐ není mi známo, že bych přišel/a do kontaktu s osobou, která výše uvedeným onemocněním trpí, a nebyla na mne z toho důvodu uvalena karanténa,
- ☐ netrpěl jsem v posledních třech týdnech a netrpím zhoršením zdravotního stavu ve smyslu kašle, dechových obtíží či zvýšené teploty, pocitů celkové slabosti či bolestí svalových skupin nebo kloubů,
- ☐ Je mi známo, že zamlčením výše uvedených skutečností mohu vážně ohrozit zdraví ostatních účastníků akce
- ☐ Jsem si vědom právních následků nepravdivého čestného prohlášení i trestného činu šíření nakažlivé choroby

V....., dne.....

Podpis účastníka akce (nebo zákonný zástupce za účastníka do 15 let