

COVID SELFREPORT FORMULÁŘ - ROZHODČÍ**OSOBA**

JMÉNO A PŘÍJMENÍ: _____

DATUM NAROZENÍ: _____

KONTAKT (MOBIL): _____

PROHLÁŠENÍ* nehodící se škrtněte

Prokazatelné prodělání onemocnění COVID-19 v uplynulých 180 dnech

ANO* Termín posledního** POZITIVNÍHO RT-PCR testu _____
** test, na jehož základě byla osobě nařízena izolaceNE* Termín posledního NEGATIVNÍHO testu _____NE* Termín OČKOVÁNÍ vakcínou proti COVID 19 _____**POTVRZENÍ**

Čestně prohlašuji, že vyplněné údaje jsou pravdivé a správně vyplněné.

DATUM: _____

PODPIS OSOBY: _____