SELF REPORTING – PROHLÁŠENÍ

Jméno:
(First name) ______________________

Příjmení:
(Last name) ______________________

Ulice:
(Street) ______________________

Číslo popisné:
(Number) ______________________

Město:
(City) ______________________

PSČ:
(ZIP code) ______________________

Stát:
(State) ______________________

Datum a místo narození (DD/MM/RRRR):
(Date and place of birthday) ______________________

E-mailová adresa:
(Email Address) ______________________

Mobil:
(Mobile phone number) ______________________

Mám klinické příznaky infekčního respiračního onemocnění:
(I have a clinical signs of infectious respiratory disease)

ano (Yes) ☐ **ne (No)** ☐

Splňuji následující podmínku pro vstup do areálu
I meet the following condition for entering the premises

Absolvoval/a jsem antigenní test s negativním výsledkem ne starším než 48 hodin, případně RT-PCR test s negativním výsledkem ne starším než 7 dní.

I completed an antigenic test with a negative result of no more than 48 hours, or an RT-PCR test with a negative result of no more than 7 days old.

☐

Mám dokončené očkování, případně aplikovánu první dávku očkování, od jejíhož podání uplynulo alespoň 21 dní.

I completed vaccination, hence the application of the first dose of vaccination, if at least 21 days have elapsed since its administration.

☐

Prodělal/a jsem nemoc COVID-19. Od ukončení izolace uplynulo méně než 180 dní.

I got sick with Covid and the end of the isolation period according to the emergency measure of the Ministry of the Czech Republic, is not more than 180 days old.

☐

Dodržuji všechna proti epidemická doporučení proti šíření nemoci COVID 19.
(I follow all the anti-epidemic recommendations against the spread of the disease.)

Datum:
(Date) ______________________

Podpis:
(Signature) ______________________