

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) _____