

**ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ NÁVŠTĚVNÍKA DOMOVA SENIORŮ HRANICE, P.O.
O NEEXISTENCI PŘÍZNAKŮ VIROVÉHO INFEKČNÍHO ONEMOCNĚNÍ
(COVID -19)**

Jméno a příjmení návštěvníka zařízení:.....

Rok narození:.....

Adresa:.....

Telefonní kontakt:.....

Jméno klienta, ke kterému návštěva vstupuje:.....

Tělesná teplota.....čas.....

Před návštěvou jsem přeložil/a (označte):

- A) PLATNÝ NÁRODNÍ CERTIFIKÁT O OČKOVÁNÍ
- B) POTVRZENÍ O PROVEDENÍ POC ANTIGENNÍHO TESTU S NEGATIVNÍM VÝSLEDKEM (PLATNÝ 24 HOD.)
- C) POTVRZENÍ O PROVEDENÍ RT-PCR TESTU S NEGATIVNÍM VÝSLEDKEM (PLATNOST 72 HODIN)
- D) POTVRZENÍ LÉKAŘE O PRODĚLÁNÍ NEMOCI COVID-19 (PLATNOST 180 DNŮ OD PRVNÍHO POZITIVNÍHO TESTU)

Prohlašuji, že se u mě v posledních 10 dnech neprojeví příznaky virového infekčního onemocnění (např. kašel, zvýšená teplota, horečka, závratě, zvracení, průjem, bolest kloubů a svalstva, bolest v krku, migrény, únava, náhlá ztráta chuti a čichu).

Prohlašuji, že jsem se v uplynulých 10 dnech nepohyboval/a v oblasti výskytu koronavirové nákazy COVID – 19 a nebyl/a jsem v kontaktu s osobou, na kterou byla uvalena karanténa.

Prohlašuji, že nejsem v karanténě ani nikdo z osob, se kterými sdílím domácnost.

Jsem si vědom/a právních následků v případě podání nepravdivých informací, včetně možného spáchání trestního činu šíření nakažlivé choroby.

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámena s podmínkami návštěvy a budu je dodržovat.

V Hranicích dne.....

Podpis návštěvníka.....

Poučení:

V případě, že výše uvedené údaje nevyplníte a nepodepíšete, nebude Vám vstup do zařízení umožněn.