

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI

Já, níže podepsaný,

Jméno, příjmení: \_\_\_\_\_

Funkce: \_\_\_\_\_

Adresa sídla firmy: \_\_\_\_\_

IČO: \_\_\_\_\_

DIČ: \_\_\_\_\_

Prohlašuji, že níže specifikované zdravotní potíže, které by mohly být spojovány s nálezem koronavirem (COVID-19) jsou **NEGATIVNÍ na otázky vyjmenované níže.**

### Během uplynulých 14 dnů:

1. Jsem cestoval do nebo přes rizikové země identifikované Ministerstvem zdravotnictví?
2. Jsem měl přímý kontakt (do 2metrů po dobu delší než 15 minut), s kýmkoli, kdo měl chřipku, respirační nemoc nebo měl zdravotní potíže jako kašel a horečka?
3. Jsem měl přímý kontakt s osobou nebo osobami, které byly v karanténě nebo izolaci kvůli chřipce, koronaviru nebo respirační nemoci?
4. Jsem byl v jakémkoliv zařízení, ve kterém se koronavirus léčí?
5. Jsem měl nebo v současné době mám jakékoli symptomy chřipky nebo koronaviru?
6. Jsem měl kašel, respirační nemoc, dušnost nebo horečku (nad 38°C)?

V Měsících dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

podpis