IZJAVA O IZPOLNJEVANJU POGOJA PCT

Spodaj podpisan\_a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, izjavljam, da moj otrok

(ime in priimek starša/skrbnika)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ki obiskuje \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(ime in priimek otroka) (šola, razred, oddelek)

izpolnjuje enega izmed “PCT” pogojev (ustrezno obkrožite):

1. PREBOLEL\_A (datum veljavnosti dokazila: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
2. CEPLJEN\_A (datum veljavnosti dokazila: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
3. TESTIRAN\_A ali SAMOTESTIRAN\_A[[1]](#footnote-1)

Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis starša ali skrbnika: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vsi izpolnjeni podatki bodo obravnavani kot zaupni ter se bodo uporabljali izključno z namenom izvrševanja veljavnih protikoronskih predpisov.

1. Za izkazovanje tega pogoja prosimo, da ima otrok ob vsakem obisku EPI centra s seboj izpolnjen evidenčni list za samotestiranje. Zadnji HAG test pa ne sme biti starejši od 48 ur. [↑](#footnote-ref-1)