

Self reporting - Prohlášení

Jméno Příjmení

Adresa

Ulice:..... číslo popisné.....

Město:..... PSČ:

Datum narození (DD:MM:RRRR).....

E-mailová adresa:..... mobil.....

Mám klinické příznaky infekční respirační onemocnění ano - ne

Prodělal jsem onemocnění COVID 19 ano ne

Izolace začala..... Izolace skončila.....

Jsem očkovan proti Covid 19 ano ne

Datum aplikace druhé vakcíny

Datum posledního testu na onemocnění COVID 19

Dodržuji všechna proti epidemická doporučení proti šíření nemoci COVID 19.

Datum..... Podpis