

## Self reporting - Prohlášení

Jméno ..... Příjmení .....

Adresa

Ulice:..... číslo popisné.....

Město:..... PSČ: .....

Datum a místo 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 první vakcíny .....

Datum aplikace druhé vakcíny .....

**V posledních 7 dnech jsem se potkal s COVID pozitivním člověkem** ano ne

Datum posledního testu.....

**Dodržuji všechna proti epidemická doporučení proti šíření nemoci COVID 19.**

Datum..... Podpis .....