**Čestné vyhlásenie**

Podpísaný/á ................................................................. Meno a priezvisko

**týmto čestne vyhlasujem,**

že som sa dňa ........................... zúčastnil/a testovania na COVID-19 formou testu:

antigénový/PCR,

číslo testu: ................................... výsledok: negatívny/pozitívny

Údaje som uviedol/la presné, pravdivé a úplné.

Som si vedomý/á toho, že pokiaľ by mnou uvedené informácie neboli pravdivé alebo závažným spôsobom zamlčané, budem čeliť všetkým z toho vyplývajúcim právnym následkom.

V ................................... dňa ...............................................

................................... podpis

**Čestné vyhlásenie**

Podpísaný/á ................................................................. Meno a priezvisko

**týmto čestne vyhlasujem,**

že som v uplynulých 180 dní prekonal(a) ochorenie COVID-19 a mám o jeho prekonaní doklad preukazujúci túto skutočnosť.

V ................................... dňa ...............................................

 ...................................

 podpis

**Čestné vyhlásenie**

Podpísaný/á ................................................................. Meno a priezvisko

**týmto čestne vyhlasujem,**

že som bol zaočkovaný proti ochoreniu COVID-19\*:

druhou dávkou mRNA vakcíny (napr. vakcína Comirnaty od spoločností Pfizer a BioNTech alebo Moderna) a od tejto udalosti uplynulo viac ako 14 dní;

prvou dávkou vektorovej vakcíny proti ochoreniu COVID-19 (napr. vakcína AstraZeneca, príp. vakcína Janssen od spoločnosti Johnson & Johnson) a od tejto udalosti uplynulo viac ako 4 týždne;

 prvou dávkou vakcíny proti ochoreniu COVID-19 a od tejto udalosti uplynulo viac ako 14 dní, ak bola táto dávka očkovania podaná v intervale do 180 dní od prekonania ochorenia COVID-19.

V ................................... dňa ...............................................

 ...................................

 podpis

**Čestné vyhlásenie**

Podpísaný/á ................................................................. Meno a priezvisko

**týmto čestne vyhlasujem,**

že vzhľadom na svoju zdravotnú diagnózu\* alebo vek\* patrím do skupiny obyvateľov, ktorí sú oslobodení z účasti na plošnom testovaní (skríningu) na ochorenie COVID-19.

V ................................... dňa ...............................................

 ...................................

 podpis