****

**SELF-REPORTING FORMULÁŘ – PROHLÁŠENÍ**

Jméno: …………………………………………………. Příjmení: …………………………………………

Adresa

Ulice: ……………………………………………. Číslo popisné:…………………………………

Město: ……………………………………………………. PSČ: …………………………………….

Datum narození :………………….……….

e-mailová adresa: …………………………………… mobil: ……………………….…………

Mám klinické příznaky infekční respirační onemocnění: ANO – NE

Prodělal jsem onemocnění COVID 19: ANO – NE

Izolace začala :………………………. Izolace skončila :……………………………..……….

Jsem očkován pro COVID 19: ANO – NE

Datum aplikace první vakcíny : ………………………………..

Datum posledního testu na onemocnění COVID 19: ………………………………………..

**DODRŽUJI VŠECHNA PROTI EPIDEMICKÁ DOPORUČENÍ PROTI ŠÍŘENÍ NEMOCI COVID 19.**

Datum : ………………………… Podpis: ………………………………..