

**IZJAVA**

*Prosimo, ustrezno obkrožite.*

Podpisani/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ime in priimek)

izjavljam, da izpolnjujem pogoje **PCT** (preboleli, cepljeni, testirani) v skladu z veljavno zakonodajo, in sicer z enim od spodaj navedenih potrdil in/ali dokazil:

* **dokazilom o negativnem rezultatu testa PCR,** ki ni starejši od 72 ur od odvzema brisa, ali hitrega antigenskega testa (HAG), ki ni starejši od 48 ur od odvzema brisa,
* **dokazilo o celjenju** zoper COVID-19,
* **dokazilo o pozitivnem rezultatu testa PCR, ki je starejši od 10 dni,** razen če zdravnik presodi drugače, vendar ni starejši od šest mesecev,
* **potrdilo zdravnika da sem o prebolel/-a COVID-19** in od začetka simptomov ni minilo več kot šest mesecev.
* **dokazilo o pozitivnem rezultatu testa PCR/potrdilo zdravnika, da sem prebolel/-a COVID-19 in dokazilo,** da sem bil/-a v obdobju, ki ni daljše od osmih mesecev od pozitivnega rezultata testa PCR oziroma od začetka simptomov, cepljen/-a z enim odmerkom cepiva Pfizer/Moderna/AstraZeneca.

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_