

Spodaj podpisan/a:

_____ (ime in priimek)

izjavljam,

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

1. Dokazilo o negativnem rezultatu testa na virus SARS-Cov-2 s testom HAG, ki ni starejši od 48 ur.
2. Dokazilo o cepljenju zoper COVID-19.
3. Potrdilo zdravnika o prebolelnosti COVID-19 in od začetka simptomov ni minilo več kot šest mesecev.

Dne: _____

Podpis: _____