

Potvrdenie o prekonaní ochorenia COVID 19

Meno:

Priezvisko:

Dátum narodenia:

Menovaná/ý preukázateľne prekonala ochorenie COVID-19 potvrdené⁽¹⁾:

- pozitívnym RT-PCR
- antigénovým testom
- protilátkami proti Covid-19

za posledné 3 mesiace a vzťahuje sa na neho výnimka z povinnosti ďalšieho testovania a dodržiavania karanténnych opatrení na toto ochorenie

od..... do.....,
pokiaľ sa nevyskytnú nové príznaky ochorenia COVID-19.

(1) označte spôsob potvrdenia ochorenia

V

Dňa:

.....
pečiatka a podpis lekára VLD/VLDD