

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

O NEEEXISTENCI PŘÍZNAKŮ VIROVÉHO INFEKČNÍHO ONEMOCNĚNÍ

Jméno a příjmení žáka/studenta/osoby z řad veřejnosti účastnící se ústní zkoušky

datum narození:

trvale bytem:

Prohlašuji, že se u výše uvedeného žáka/studenta/osoby neprojevují a v posledních dvou týdnech neprojevily příznaky virového infekčního onemocnění (*např. horečka, kašel, dušnost, náhlá ztráta chuti a čichu apod.*).

Prohlašuji, že jsem byl seznámen s vymezením osob s rizikovými faktory.

V

.....

Dne

Podpis zletilého žáka/studenta/osoby
nebo

Podpis zákonného zástupce nezletilého

Ministerstvo zdravotnictví stanovilo následující rizikové faktory:

- Věk nad 65 let s přidruženými chronickými chorobami.
- Chronické onemocnění plic (zahrnuje i středně závažné a závažné astma bronchiale) s dlouhodobou systémovou farmakologickou léčbou.
- Onemocnění srdce a/nebo velkých cév s dlouhodobou systémovou farmakologickou léčbou např. hypertenze.
- Porucha imunitního systému, např.
 - při imunosupresivní léčbě (steroidy, HIV apod.),
 - při protinádorové léčbě,
 - po transplantaci solidních orgánů a/nebo kostní dřeně,
- Těžká obezita (BMI nad 40 kg/m²).
- Farmakologicky léčený diabetes mellitus.
- Chronické onemocnění ledvin vyžadující dočasnou nebo trvalou podporu/náhradu funkce ledvin (dialýza).
- Onemocnění jater (primární nebo sekundární).

Do rizikové skupiny patří žák/student, který osobně naplňuje alespoň jeden bod (2–8) uvedený výše nebo pokud některý z bodů naplňuje jakákoliv osoba, která s ním žije ve společné domácnosti.

STATUTORY DECLARATION

I,,
(first name, surname)

date of birth:,

permanent residence:,

hereby declare that I have not exhibited any symptoms of the viral infection COVID-19 (e.g. fever, cough, shortness of breath, sudden loss of taste and smell, etc.) during the past two weeks.

I am fully aware of the legal consequences if this statement is not true.

in

on

.....
signature

АФФИДЕВИТ

Я,,
(ФИО)

дата рождения:,

адрес:,

клятвенно удостоверяю, что у меня в течение последних двух недель не наблюдалось никаких симптомов вирусной инфекции COVID-19 (например лихорадка, кашель, одышка, внезапная потеря вкуса и обоняния,...).

Я полностью осознаю юридические последствия, если это удостоверение не соответствует действительности.

В

Дата:

.....
ПОДПИСЬ