**ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ O NEGATIVNÍM VÝSLEDKU TESTU provedeného mimo Základní školu speciální a Praktickou školu DČCE Merklín**

**NEBO O PRODĚLÁNÍ ONEMOCNĚNÍ COVID-19**

Já, níže podepsaný/á,

JMÉNO A PŘÍJMENÍ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATUM NAROZENÍ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

prohlašuji:

1. že v době do 24 hodin před nástupem do zaměstnání jsem absolvoval antigenní test s **negativním** výsledkem, datum a čas testu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
2. že jsem ve lhůtě 90 dnů od prodělání onemocnění COVID-19, datum počátku

 onemocnění: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Svým podpisem stvrzuji, že údaje uvedené v předloženém čestném prohlášení jsou pravdivé.

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Podpis