

## IZJAVA O IZPOLNJEVANJU POGOJA »PCT«

Spodaj podpisani/-a \_\_\_\_\_

Izjavljam, da izpolnjujem pogoj PCT (preboleli, cepljeni, testirani) z enim od spodaj navedenih potrdil in/ali dokazil:

1. Dokazilo o negativnem rezultatu testa na virus SARS-CoV-2 s testom PCR ali testom HAG, ki ni starejši od 48 ur od odvzema brisa.
2. Dokazilo o cepljenju zoper COVID-19.
3. Dokazilo o pozitivnem rezultatu testa PCR, ki je starejši od 10 dni, razen če zdravnik presodi drugače, vendar ni starejši od šest mesecev.
4. Potrdilo zdravnika o prebolelosti COVID-19 in od začetka simptomov ni minilo več kot šest mesecev.

Kraj in datum:

Podpis: