

Já, níže podepsaný/á:

Jméno, příjmení:

Telefon:

Jméno, příjmení klienta:

svým podpisem prohlašuji, že se u mě v posledních 14 dnech neprojeví příznaky virového infekčního onemocnění (*např.: kašel, dušnost, horečka, náhlá ztráta chuti či čichu apod.*).

Dále prohlašuji, že v současné době nemám nařízeno žádné karanténní opatření a že jsem, k čemuž předkládám též platný certifikát ke kontrole:

- absolvoval/a **nejdéle před 3 dny RT-PCR vyšetření** na přítomnost viru SARS-CoV-2 s negativním výsledkem,
- absolvoval/a **nejdéle před 24 hodinami POC test** na přítomnost antigenu viru SARS-CoV-2 s negativním výsledkem,
- byl/a očkován/a** proti onemocnění covid-19 schválenou očkovací látkou Evropskou agenturou a po plně dokončeném očkování uplynulo nejméně 14 dní,
- prodělal/a laboratorně potvrzené onemocnění covid-19** a od prvního pozitivního testu neuplynulo více než 180 dní.

Beru na vědomí, že sdělením nepravdivých informací mohu ohrozit zaměstnance nebo klienty zařízení.

Beru na vědomí, že po dobu návštěvy musím mít ve vnitřních prostorech zařízení (v respiriu) zakryté dýchací cesty respirátorem nebo obdobným prostředkem (*filtrační účinnost dle příslušných norem např. FFP2, KN 95*).

Jsem si rovněž vědom/a právních následků pro případ podání nepravdivých informací, včetně možného spáchání trestného činu „šíření nakažlivé lidské nemoci“.

Toto čestné prohlášení je součástí opatření k zamezení zavlečení onemocnění COVID-19 do prostor zařízení Domova bez bariér ve vztahu k ohrožené skupině uživatelů zařízení.

Datum: Podpis osoby:

*Veškeré osobní údaje, uvedené v tomto formuláři, jsou získávány pouze v rámci oprávněného zájmu zařízení za účelem ochrany zdraví a bezpečí klientů a zaměstnanců, v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů. Zaevidované osobní údaje budou použity **pouze** v případě identifikace možného přenosu nákazy nemoci COVID-19. Po uplynutí 1 měsíce od Vaší návštěvy, bude formulář skartován.*