

SELF REPORTING – PROHLÁŠENÍ

Jméno: Příjmení:
(First name) (Last name)

ADRESA (ADDRESS)

Ulice: Číslo popisné:
(Street) (Number)

Město: PSČ:
(City) (ZIP code)

Stát:
(State)

Datum a místo narození (DD/MM/RRRR):
(Date and place of birthday)

E-mailová adresa: Mobil:
(Email Address) (Mobile phone number)

Adresa ubytovacího zařízení (Address of accommodation):
.....

Mám klinické příznaky infekční respirační onemocnění:
(I have a clinical signs of infectious respiratory disease) ano (Yes) – ne (No)

Prodělal jsem onemocnění COVID 19:
(I had already COVID 19) ano (Yes) – ne (No)

Izolace začala: Izolace skončila:
(Beginning of isolation) (End of isolation)

V posledních 7 dnech jsem se potkal s COVID pozitivním člověkem:
(I have been in contact with COVID-19 positive person within last 7 days) ano (Yes) – ne (No)

Datum posledního testu:
(Date of last test for COVID 19)

Dodržuji všechna proti epidemická doporučení proti šíření nemoci COVID 19.
(I follow all the anti-epidemic recommendations against the spread of the disease.)

Datum
(Date)

Podpis
(Signature)