

Čestné prohlášení



Já níže podepsaná/ý (vyplňuji jako zákonný zástupce za nezletilého)

jméno a příjmení:

datum narození:

telefon:

tímto čestně prohlašuji, že jsem absolvoval/a a v provozovně se prokázal/a jedním z níže uvedených:

** zaškrtnutím křížkem označte jednu z možností*

- POC antigenním testem** na přítomnost viru SARS CoV-2 s **negativním** výsledkem, provedeným nejdéle před **72 hodinami**,
- RT-PCR testem** na přítomnost viru SARS CoV-2 s **negativním** výsledkem, provedeným nejdéle před **7 dny**,
- Laboratorním potvrzením** o prodělání onemocnění SARS CoV-2 a již uplynula doba izolace podle platného mimořádného opatření Ministerstva zdravotnictví a od prvního pozitivního testu na přítomnost viru SARS CoV-2 neuplynulo více než 180 dní,
- Vystaveným certifikátem Ministerstva zdravotnictví ČR o provedeném očkování** proti onemocnění SARS CoV-2 a od aplikace první dávky očkovací látky uplynulo nejméně 21 dní,
- POC antigenním samoodběrovým testem** na přítomnost viru SARS CoV-2 s **negativním** výsledkem, zakoupeným a provedeným na místě za dohledu zaměstnance Wellness Orion s platností 72 hodin pouze v našich prostorách.

Veškeré informace jsem uvedl/a pravdivě a jsem si vědom/a případných následků, pokud bych úmyslně uvedl/a nepravdivé, nepřesné nebo neúplné údaje. Dále beru na vědomí, že je nezbytné po celou dobu návštěvy zařízení dodržovat rozestupy alespoň 2 m. Současně prohlašuji, že nemám příznaky onemocnění SARS CoV-2.

Tímto uděluji souhlas se zpracováním osobních údajů které slouží pro potřeby trasování onemocnění SARS CoV-2.

V Brně

dne

Vlastnoruční podpis