

**ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ O BEZINFEKČNOSTI NA SPORTOVNÍ AKCI**  
O NEEEXISTENCI PŘÍZNAKŮ VIROVÉHO INFEKČNÍHO ONEMOCNĚNÍ

Název, místo a termín akce:

Jméno a příjmení: ..... telefonní číslo.....

Datum narození: .....

Trvale bytem: .....

**Prohlašuji a svým podpisem potvrzuji:**

- a) že mi ošetřující lékař nenařídil změnu režimu, nejevím známky akutního onemocnění (*horečka, suchý kašel, únava, bolesti v krku, průjem, zánět spojivek, bolest hlavy, ztráta chuti a čichu, dýchací obtíže nebo dušnost, bolest nebo tlak na hrudi apod.*) a hygienická stanice ani ošetřující lékař mi nenařídil karanténní opatření.
- b) že si nejsem vědom(a), že bych v posledních pěti dnech přišel(a) do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí, obzvláště koronavirem (COVID-19).
- c) že se u mě neprojeví a v posledních dvou týdnech neprojeví příznaky virového infekčního onemocnění (*např. horečka, kašel, dušnost, náhlá ztráta chuti a čichu apod.*).
- d) že splňuji některou z níže uvedených podmínek pro účast na sportovní akci dle platného mimořádného opatření Ministerstva zdravotnictví:

absolvoval(a) jsem vyšetření na přítomnost viru SARS-CoV-2 s výsledkem **negativním**, a to:

- RT-PCR metodou ne více jak před 7 dny (datum testu) .....
- RAT test na přítomnost antigenu ne více jak před 7 dny (datum testu) .....
- mám laboratorní potvrzení o onemocnění covid-19, s uplynulou dobou izolace podle platného nařízení a od prvního pozitivního testu neuplynulo více než 180 dní (datum pozitivního testu).....
- jsem osoba, která je očkovaná proti onemocnění covid-19 a mám potvrzení o ukončeném očkování podle nařízení EU a od očkování uplynulo více jak 14 dní:  
datum aplikace dávky .....
- preventivní antigenní test na přítomnost antigenu provedený na místě s výsledkem negativním, nebo test za přítomnosti zdravotnického pracovníka prostřednictvím online služby nejdéle před 24 hodinami.

značka testu .....

jméno a podpis osoby provádějící test

.....

Jsem si vědom (a) právních následků, které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení o bezinfekčnosti bylo nepravdivé.

V ..... dne .....

.....

podpis

(v případě nezletilosti podpis zákonného zástupce)