Potvrdenie o prekonaní ochorenia COVID 19

Meno: .................................................................

Priezvisko: ......................................................................................

Dátum narodenia: ...................................................

 Menovaný preukázateľne prekonal ochorenie COVID 19 potvrdené(1):

* Pozitívnym RT – PCR testom
* Antigénovým testom
* Protilátkami proti COVID 19

za posledné 3 mesiace a vzťahuje sa na neho výnimka z povinnosti ďalšieho testovania a dodržiavania karanténnych opatrení na toto ochorenie

od......................................................... do ......................................................

pokiaľ sa nevyskytnú nové príznaky ochorenia COVID 19.

1. Označte spôsob potvrdenia ochorenia

V ....................................................

Dňa:.................................................... ...........................................................................

 Pečiatka a podpis lekára VLD/VLDD