



## Potvrdenie o prekonaní ochorenia COVID 19

Meno: .....

Priezvisko: .....

Dátum narodenia: .....

Menovaný preukázateľne prekonal ochorenie COVID 19 potvrdené<sup>(1)</sup>:

- 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