**IZJAVA O IZPOLNJEVANJU POGOJA »PCT« OBISKOVALCI**

PODPISAN/A:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ime in priimek)

obiskovalec **Osnovne šole Nove Jarše** izjavljam, da **izpolnjujem pogoj PCT** (preboleli, cepljeni, testirani) v skladu z veljavno zakonodajo, in sicer z enim od spodaj navedenih potrdil in/ali dokazil:

1. Dokazilo o negativnem rezultatu testa na virus SARS-Cov-2 s testom PCR ali testom HAG, ki ni starejši od 1 tedna
2. Dokazilo o cepljenju zoper COVID-19
3. Dokazilo o pozitivnem rezultatu testa PCR, ki je starejši od 10 dni, razen če zdravnik presodi drugače, vendar ni starejši od šest mesecev.
4. Potrdilo zdravnika o prebolelosti COVID-19 in od začetka simptomov ni minilo več kot šest mesecev

DNE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PODPIS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_