

Príloha
k vyhláške Úradu verejného zdravotníctva
Slovenskej republiky č.43/2020 V. v. SR

Vzor
Potvrdenie o prekonaní ochorenia COVID 19

Meno:
Priezvisko:
Dátum narodenia:

Menovaná/ý preukázateľne prekonal ochorenie COVID-19 potvrdené⁽¹⁾:

- ☐ pozitívnym RT-PCR
- ☐ 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