**Prohlášení o neexistenci příznaků virového infekčního onemocnění COVID-19**

Jméno, příjmení a rok narození……………………….…………………………………………

Adresa.................................................................................................................................

Telefonní číslo: …………………………………...………………..……………………………….…

Zaznamenali jste během posledních 14 dnů některý z následujících příznaků?

1. Teplota vyšší než 37.5 °C ANO NE

2. Suchý kašel ANO NE

3. Bolest v krku ANO NE

4. Náhlý nástup dušnosti ANO NE

5. Náhlé zvracení nebo průjem ANO NE

6. Náhlý nástup bolesti kloubů nebo svalů ANO NE

7. Únava bez známé příčiny ANO NE

8. Setkali jste se v posledních 14 dnech s osobou s podezřením na COVID-19 nebo osobou pozitivně testovanou na COVID-19? ANO NE

9. Je někdo ve vaší domácnosti v karanténě? ANO NE

Podpis : ................................................... Datum: ...................................................

*Účastník akce………………………… dne: ……………………..který předkládá doklad o absolvování RT-PCR vyšetření nebo antigenního testu na přítomnost viru SARS CoV-2 formou SMS, které proběhlo nejpozději 7 dní před zahájením VH s negativním výsledkem, výše svým podpisem potvrzuje pravdivost předložených údajů.*

**! Jsem si vědom(a) právních následků, které by mne postihly, kdyby toto prohlášení nebylo pravdivé!**