

Čestné prohlášení

Ve spojitosti s mimořádným opatřením Ministerstva zdravotnictví č.j. MZDR 16184/2020-1/MIN/KAN ze dne 15. dubna 2020 čestně prohlašuji, že nemám a ani v předchozích dvou týdnech jsem neměl/a příznaky virového onemocnění (např. horečka, kašel, dušnost, ztráta chuti a čichu apod.) ani jsem nebyl/a v kontaktu s osobou, u které byla potvrzena přítomnost koronaviru SARSCoV-2, či vykazovala příznaky onemocnění COVID-19.

Jméno a příjmení:

Datum narození:.....

Fakulta (ICV):.....

Datum:

Podpis:.....



Čestné prohlášení

Ve spojitosti s mimořádným opatřením Ministerstva zdravotnictví č.j. MZDR 16184/2020-1/MIN/KAN ze dne 15. dubna 2020 čestně prohlašuji, že nemám a ani v předchozích dvou týdnech jsem neměl/a příznaky virového onemocnění (např. horečka, kašel, dušnost, ztráta chuti a čichu apod.) ani jsem nebyl/a v kontaktu s osobou, u které byla potvrzena přítomnost koronaviru SARSCoV-2, či vykazovala příznaky onemocnění COVID-19.

Jméno a příjmení:

Datum narození:.....

Fakulta (ICV):.....

Datum:

Podpis:.....



Čestné prohlášení

Ve spojitosti s mimořádným opatřením Ministerstva zdravotnictví č.j. MZDR 16184/2020-1/MIN/KAN ze dne 15. dubna 2020 čestně prohlašuji, že nemám a ani v předchozích dvou týdnech jsem neměl/a příznaky virového onemocnění (např. horečka, kašel, dušnost, ztráta chuti a čichu apod.) ani jsem nebyl/a v kontaktu s osobou, u které byla potvrzena přítomnost koronaviru SARSCoV-2, či vykazovala příznaky onemocnění COVID-19.

Jméno a příjmení:

Datum narození:.....

Fakulta (ICV):.....

Datum:

Podpis:.....



Čestné prohlášení

Ve spojitosti s mimořádným opatřením Ministerstva zdravotnictví č.j. MZDR 16184/2020-1/MIN/KAN ze dne 15. dubna 2020 čestně prohlašuji, že nemám a ani v předchozích dvou týdnech jsem neměl/a příznaky virového onemocnění (např. horečka, kašel, dušnost, ztráta chuti a čichu apod.) ani jsem nebyl/a v kontaktu s osobou, u které byla potvrzena přítomnost koronaviru SARSCoV-2, či vykazovala příznaky onemocnění COVID-19.

Jméno a příjmení:

Datum narození:.....

Fakulta (ICV):.....

Datum:

Podpis:.....

