



COVID - 19 Prehlásenie

SELF REPORTING – COVID

Meno:..... **Priezvisko:**.....
(First name) (Last name)

Adresa(Address)

Ulica:..... **Číslo:**.....
(Street) (Number)

Mesto:..... **PSČ:**.....
(City) (ZIP code)

Štát:.....
(state)

Dátum narodenia:.....
(Date of birth)

E-mailová adresa:..... **Mobil:**.....

Adresa ubytovania:.....
(Address of accommodation)

Mám klinické príznaky infekčného respiračného ochorenia ÁNO / NIE
(I have clinical symptoms of respiration disease)

Prekonal som ochorenie COVID 19 ÁNO / NIE
(I had already COVID 19)

V posledných 7 dňoch som sa stretol s COVID 19 pozitívnym človekom ÁNO / NIE
(i have been in contact with COVID 19 positive person in last 7 days)

Dodržujte všetky protipandemické opatrenia proti šíreniu ochorenia COVID 19
(Strictly follow all anti-covid measurements)

Dátum:..... **Podpis:**.....
(Date) (Signature)