



IZJAVA O IZPOLNJEVANJU PCT POGOJA

Spodaj podpisani (ime in priimek) _____

izjavljam, da izpolnjujem enega od spodaj naštetih PCT pogojev:

1. **Pogoj prebolevnosti** (pozitivni rezultat testa z metodo verižne reakcije s polimerazo (PCR), ki je starejši od deset dni, vendar ni starejši od šest mesecev ali potrdilo zdravnika, da je oseba prebolela covid-19 in od začetka simptomov ni minilo več kot šest mesecev).
2. **Pogoj cepljenosti** (pridobljen status cepljenega).
3. **Pogoj testiranja** (negativni rezultat testa PCR, ki ni starejši od 72 ur od odvzema brisa ali hitrega antigenskega testa (HAG), ki ni starejši od 48 ur od odvzema brisa).

Kraj in datum: _____

Podpis: _____