

Příloha č. 2

Vzor lékařského potvrzení o prodělání onemocnění COVID-19

(Název a adresa zdravotnického zařízení)

(Titul, jméno a příjmení lékaře, který vystavil potvrzení a který působí v České republice nebo v jiném členském státě EU)

Potvrzuji, že (jméno a příjmení), narozený/á (datum narození), bytem (adresa místa trvalého pobytu) nemá klinické známky onemocnění COVID-19, prokazatelně prodělal onemocnění COVID-19 a absolvoval podle platných mimořádných opatření Ministerstva zdravotnictví nebo opatření jiného členského státu Evropské unie izolaci ve stanoveném rozsahu z důvodu pozitivního výsledku RT-PCR testu, který absolvoval dne(datum).

V(město) (datum)

Podpis lékaře