

Příloha č. 2

**LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ O PRODĚLÁNÍ ONEMOCNĚNÍ COVID-19 K DOLOŽENÍ PŘI CESTĚ
DO ČESKÉ REPUBLIKY**

**MEDICAL CERTIFICATE ON SUFFERING COVID-19 DISEASE IN THE PAST WHEN TRAVELLING
TO THE CZECH REPUBLIC**

POTVRZUJI, ŽE / *THIS IS TO CERTIFY THAT*

Příjmení / *Surname*

Jméno / *Name*

Datum narození / *Date of birth*

Místo narození / *Place of birth*

Státní příslušnost / *Nationality*

Bydliště v ČR / EU / *Residence in Czechia / EU*

NEMÁ KLINICKÉ ZNÁMKY ONEMOCNĚNÍ COVID-19 / *DOES NOT HAVE CLINICAL SIGNS OF COVID-19 DISEASE*

A / *AND*

PRODĚLAL / PRODĚLALA ONEMOCNĚNÍ COVID-19 a absolvoval/absolvovala izolaci v České republice nebo jiném státě Evropské unie ve stanoveném rozsahu z důvodu pozitivního výsledku RT-PCR testu v období od – do (datum):

SUFFERED COVID-19 DISEASE IN THE PAST and completed isolation in the Czech Republic or in another EU Member State in the full extent due to a positive RT-PCR test in the period of time from – until (dates):

První pozitivní výsledek RT-PCR testu byl zaznamenán dne (datum) / *The first RT-PCR test result was recorded on (date):*

V / *In* dne / *date*

Podpis a razítko potvrzujícího lékaře působícího v ČR nebo EU / *Signature and stamp of a certifying physician working in the Czech Republic or EU*

.....