

**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*

.....