

**IZJAVA**

Spodaj podpisani \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ obiskovalec/ka stanovalca/ke

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sorodstveno razmerje \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Telefonska številka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IZJAVLJAM IN SOGLAŠAM S PODANO IZJAVO**

* Da sem bil/a v zadnjih 14 dneh zdrav/a in v tem obdobju nisem imel/a stika z nobeno okuženo osebo, ali osebo z znaki okužbe oziroma je bilo kasneje ugotovljeno, da je okužena.
* Seznanjen/a sem z navodili ravnanja za prepričevanja širjenja okužbe; razdalja najmanj 1,5 metra, razkuževanje rok, nošenje kirurške maske, rokovanje in objemanje ni dovoljeno, prav tako prihajam na obisk popolnoma zdrav/a.
* Prebolel sem COVID 19 (obkrožite) DA NE
* Sem cepljen/a z enim odmerkom; datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Sem cepljen/a z dvema odmerkoma; datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ob vsakem obisku je potrebno prinesti izpolnjeno izjavo.

Vsi navedeni podatki so namenjeni izključno za nemoten potek dela.

Hvala za razumevanje.

Grosuplje, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis svojca: