

## SELF REPORTING – PROHLÁŠENÍ

---

Jméno: ..... Příjmení: .....

Adresa: ..... Datum narození: .....

E-mail: ..... Tel. číslo: .....

Mám klinické příznaky infekčního respiračního onemocnění **ANO NE**

Prodělal jsem onemocnění COVID-19 **ANO NE**  
*Prodělané onemocnění je nutné doložit potvrzením, že od prvního pozitivního testu neuplynula lhůta více než 90 dní*

Jsem očkovaný proti onemocnění COVID-19 **ANO NE**  
*Očkování je nutné doložit platným certifikátem Ministerstva zdravotnictví ČR*

V posledních 7 dnech jsem se potkal s COVID-19 pozitivní osobou **ANO NE**

Datum posledního testu: ..... s výsledkem: **POZITIVNÍ NEGATIVNÍ**

Tímto prohlašuji, že všechny uvedené informace jsou pravdivé.

Datum: .....

Podpis: .....

---

Zpracování a zabezpečení údajů je prováděno v souladu s čl. 32 nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES. Osobní údaje budou uchovány pouze pro dobu nezbytně nutnou pro účely případné kontroly ze strany orgánů ochrany veřejného zdraví.