

IZJAVA O IZPOLNJEVANJU POGOJA »PCT«

Spodaj podpisani/a _____

udeleženec usposabljanja prve pomoči (Delovne organizacije,
Vozniki motornih vozil, bolničar)

izjavljam, da izpolnjujem pogoj PCT (preboleli, cepljeni, testirani) z
enim od spodaj navedenih potrdil in/ali dokazil:

1. Dokazilo o negativnem rezultatu testa na virus SARS-CoV-2 s
testom PCR, ki ni starejši od 72 ur ali testom HAG, ki ni starejši od
48 ur od odvzema brisa
2. Dokazilo o cepljenju zoper COVID-19
3. Dokazilo o pozitivnem rezultatu testa PCR, ki je starejši od 10
dni, razen če zdravnik presodi drugače, vendar ni starejši od osem
mesecev
4. Potrdilo zdravnika o prebolelosti COVID-19 in od začetka
simptomov ni minilo več kot osem mesecev.

Kraj: _____, dne _____

Podpis: _____