# Čestné vyhlásenie

Podpísaný/á .................................................................

 Meno a priezvisko

Pracovisko: .................................................................

**týmto čestne vyhlasujem,**

že som v uplynulých 180 dní prekonal(a) ochorenie COVID-19 a mám o jeho prekonaní doklad preukazujúci túto skutočnosť.

# V ................................... dňa ...............................................

#

 ...................................

 podpis