IME JADRNICE:

ŠT. NA JADRU:

ODGOVORNA OSEBA za preprečevanje okužbe s COVID-19 (ime in priimek, telefonska št.):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ime in priimek | telefonska števila (GSM) | verifikacija | datum in ura dokazila1) | izdajatelj dokazila2) | vrsta testa (HAT ali PCR) | izvid testa (obkroži ali neustrezno izbriši) | | datum cepljenja | odmerek cepiva (1. ali 2.) | vrsta cepiva |
|  |  |  |  |  |  | NEG. | POZ. |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | NEG. | POZ. |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | NEG. | POZ. |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | NEG. | POZ. |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | NEG. | POZ. |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | NEG. | POZ. |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | NEG. | POZ. |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | NEG. | POZ. |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | NEG. | POZ. |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | NEG. | POZ. |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | NEG. | POZ. |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | NEG. | POZ. |  |  |  |

1) Datum in ura opravljenega testa z negativnim ali pozitivnim izvidom na prisotnost virusa Sars CoV2 oziroma datum izdanega zdravniškega potrdila o prebolelosti COVID-19.

2) Navedite zdravstveni dom ali drugo zdravstveno organizacijo, ki je izvedla test oziroma izdala potrdilo o prebolelosti

Po potrebi dodajte vrstice.

podpis odgovorne osebe: