**IZJAVA O IZPOLNJEVANJU POGOJA »PCT«**

Spodaj podpisani \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

izjavljam, da izpolnjujem pogoj **P**(rebolel) **C**(epljen) **T**(estiran) z enim od spodaj navedenih potrdil in/ali dokazil:

1. dokazilo o negativnem rezultatu PCR na virus SARS-CoV-2, ki ni starejši od 72 ur ali hitrega testa HAG na virus SARS-CoV-2, ki ni starejši od 48 ur od odvzema brisa,
2. dokazilo o cepljenju zoper COVID-19, s katerim dokazujete, da je preteklo od prejema:

* drugega odmerka cepiva proizvajalca Pfizer najmanj 7 dni, Moderne najmanj 14 dni (v primeru prebolelosti zadošča en odmerek cepiva v obdobju 240 dni po pozitivnem testu PCR ali pojavu simptomov),
* prvega odmerka cepiva proizvajalca AstraZeneca najmanj 21 dni,
* odmerka cepiva Janssen najmanj 14 dni,

1. dokazilo o pozitivnem rezultatu testa PCR, ki je starejši od deset dni, razen če zdravnik presodi drugače, vendar ni starejši od šest mesecev,
2. potrdilo zdravnika, da je oseba prebolela COVID-19 in od začetka simptomov ni minilo več kot šest mesecev.

Cerknica, dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_