

LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ O PRODĚLÁNÍ ONEMOCNĚNÍ COVID-19

MEDICAL CERTIFICATE ON SUFFERING COVID-19 DISEASE IN THE PAST

POTVRZUJI, ŽE / THIS IS TO CERTIFY THAT

Příjmení / Surname

Jméno / Name

Datum narození / Date of birth

Místo narození / Place of birth

Státní příslušnost / Nationality

Bydliště v ČR / EU / Residence in Czechia / EU

NEMÁ KLINICKÉ ZNÁMKY ONEMOCNĚNÍ COVID-19 / DOES NOT HAVE CLINICAL SIGNS OF COVID-19 DISEASE

A/AND

PRODĚLAL / PRODĚLALA ONEMOCNĚNÍ COVID-19 a absolvoval / absolvovala izolaci v České republice nebo jiném státě Evropské unie ve stanoveném rozsahu z důvodu pozitivního výsledku RT-PCR testu v období od – do (datum):

SUFFERED COVID-19 DISEASE IN THE PAST and completed isolation in the Czech Republic or in another EU Member State in the full extent due to a positive RT-PCR test in the period of time from – until (dates):

.....

První pozitivní výsledek RT-PCR testu byl zaznamenán dne (datum) / The first RT-PCR test result was recorded on (date):

V /In **dne /date**

Podpis a razítko potvrzujícího lékaře působícího v ČR nebo EU / Signature and stamp of a certifying physician working in the Czech Republic or EU

.....