

IZJAVA O IZPOLNJEVANJU POGOJA "PCT"

Spodaj podpisani/a _____,

starš/zastopnik otroka _____, učenca/dijaka

_____ razreda OŠ/SŠ _____,

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

1. z dokazilom o negativnem rezultatu testa na virus SARS-CoV-2 s testom PCR, ki ni starejši od 72 ur od odvzema brisa, ali testa HAG, ki ni starejši od 48 ur od odvzema brisa;
2. z digitalnim COVID potrdilom EU v digitalni ali papirnati obliki, opremljenim s kodo QR;
3. z dokazilom o cepljenju zoper COVID-19, s katerim izkazujem, da sem prejel/a oba odmerka cepiva;
4. z dokazilom o pozitivnem rezultatu testa PCR, ki je starejši od 10 dni, razen, če zdravnik presodi drugače, vendar ni starejši od 240 dni;
5. z dokazilom o prebolelnosti iz prejšnje točke in dokazilom o cepljenju, s katerim dokazujem, da sem bil/a v obdobju, ki ni daljše od 240 dni od pozitivnega rezultata testa PCR oziroma od začetka simptomov, cepljen/a z enim odmerkom cepiva.

(povzeto iz Odloka o načinu izpolnjevanja pogoja prebolelnosti, cepljenja in testiranja za zajezitev širjenja okužb z virusom SARS-CoV-2; UR RS, št. 142, 4.9.2021)

Dne: _____

Podpis: _____

S podpisom te izjave se strinjam, da se moji osebni podatki, navedeni na tej izjavi, uporabijo za namene preprečevanja širjenja okužbe z novim COVID-19 in se hranijo v dokumentaciji Posvetovalnice za učence in starše Novo mesto za obdobje, ki je potrebno za doseg navedenega namena.

OBRNITE !

VPRAŠALNIK ZA PREVERJANJE ZDRAVSTVENEGA STANJA SVETOVANCEV

(OTROK IN MLADOSTNIKOV) PRED OBRAVNAVO

V POSVETOVALNICI ZA UČENCE IN STARŠE NOVO MESTO

(vsa vprašanja se nanašajo na trenutno stanje in na obdobje preteklih 14 dni):

Ime in priimek svetovanca: _____

Datum: _____

	VPRAŠANJE	DA	NE
1.	Ima otrok povišano telesno temperaturo (nad 37,5° C)?		
2.	Ali je prehlajen?		
3.	Ali kašlja?		
4.	Ga boli v grlu, žrelu?		
6.	Ima občutek težkega dihanja ali stiskanja v prsnem košu?		
7.	Ima bolečine v mišicah?		
8.	Ima prebavne težave (drisko ali bruhanje)?		

*** V kolikor ste na katerokoli vprašanje za svojega otroka odgovorili pozitivno, se PRED OBRAVNAVO NAJPREJ posvetujte z osebnim zdravnikom oziroma ambulantno PO TELEFONU**

S podpisom potrjujem resničnost vseh navedb:
