

Príloha  
k vyhláške Úradu verejného zdravotníctva  
Slovenskej republiky č.43/2020 V. v. SR

Vzor  
Potvrdenie o prekonaní ochorenia COVID 19

Meno:  
Priezvisko:  
Dátum narodenia:

Menovaná/ý preukázateľne prekonala ochorenie COVID-19 potvrdené<sup>(1)</sup>:  
 pozitívnym RT-PCR  
 antigénovým testom  
 protilátkami proti Covid-19  
za posledné 3 mesiace a vzťahuje sa na neho výnimka z povinnosti ďalšieho testovania a dodržiavania karanténnych opatrení na toto ochorenie  
od..... do.....,  
pokiaľ sa nevyskytnú nové príznaky ochorenia COVID-19.

(1) označte spôsob potvrdenia ochorenia

V .....

Dňa: .....

.....  
pečiatka a podpis lekára VLD/VLDD