**Čestné vyhlásenie o bezinfekčnosti**

Dolupodpísaný/-á ................................................................, trvalým bydliskom..............................................................., telefonický kontakt ..............................zákonný zástupca žiaka ....................................................................., narodeného .........................................trvalým bydliskom ..........................................................čestne vyhlasujem, že žiak neprejavuje príznaky akútneho ochorenia, že regionálny úrad verejného zdravotníctva ani lekár všeobecnej zdravotnej starostlivosti pre deti a dorast menovanému žiakovi nenariadil karanténne opatrenie (karanténu, zvýšený zdravotný dozor alebo lekársky dohľad).

Nie je mi známe, že by moje dieťa alebo osoby, ktoré s ním žijú spoločne v domácnosti, prišli v priebehu ostatného mesiaca do priameho styku s osobami, ktoré ochoreli na COVID-19.

**Vyhlasujem:**

**a)** za seba , že mám negatívny výsledok RT-PCR testu na ochorenie COVID-19 nie starší ako 7 dní alebo negatívny výsledok antigénového testu certifikovaného na území Európskej únie na ochorenie COVID-19 nie starší ako 7 dní, pričom sa týmto potvrdením o negatívnom výsledku RT-PCR testu na ochorenie COVID-19 alebo potvrdením vydaným Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky s negatívnym výsledkom antigénového testu certifikovaného na území Európskej únie osobne preukážem,

**b)** že spadám, pod niektorú z výnimiek uvedených nižšie v zmysle vyhlášky Úradu verejného zdravotníctva SR č. 32/2020**\***:

1. osobu, ktorá prekonala ochorenie COVID-19 a má o jeho prekonaní doklad nie starší ako tri mesiace;
2. osobu, ktorej zdravotný stav alebo zdravotná kontraindikácia neumožňuje vykonanie antigénového testu na ochorenie COVID-19 alebo vykonanie RT-PCR testu na ochorenie COVID-19;
3. osobu, ktorej bolo diagnostikované stredne ťažké alebo ťažké mentálne postihnutie;
4. osobu dispenzarizovanú so závažnou poruchou autistického spektra;
5. osobu dispenzarizovanú pre ťažký, vrodený alebo získaný imunodeficit;
6. osobu, ktorá je onkologickým pacientom po chemoterapii alebo transplantácii, ktorá má leukopéniu alebo osoba s onkologickou liečbou alebo inou liečbou ovplyvňujúcou imunitný systém (napr. biologickou liečbou);
7. žiakov a zamestnancov základných škôl pre žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami;
8. žiakov a zamestnancov stredných špeciálnych škôl, odborných učilíšť a praktických škôl;
9. žiakov základných a stredných škôl zo sociálne znevýhodneného prostredia, ktorí sa zúčastňujú školského vyučovania v malých skupinách tvorených z najviac piatich žiakov a jedného pedagogického zamestnanca v období od 7. decembra 2020 do 9. decembra 2020;
10. pedagogického zamestnanca, ktorý vyučuje v malých skupinách podľa odseku 2 písm. i) v období od 7. decembra 2020 do 9. decembra 2020.

**\*** **Vyhovujúce zakrúžkovať**

Som si vedomý(á) právnych následkov v prípade nepravdivého vyhlásenia, najmä som si vedomý(á), že by som sa dopustil(a) priestupku podľa § 56 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

V Nitre, dňa ................... Podpis zákonného zástupcu:

Potvrdzujem, že zákonní zástupcovia predložili k nahliadnutiu výsledok antigénového alebo pcr testu nie staršieho ako 7 dní.

 Výsledok testu je negatívny.

Nitre, 11.1.2021 podpis pedagogického zamestnanca: