**LEKÁRSKE POTVRDENIE O PREKONANÍ OCHORENIA COVID-19 NA DOLOŽENIE PRI CESTE DO SLOVENSKEJ REPUBLIKY**

**MEDICAL CERTIFICATE ON SUFFERING COVID-19 DISEASE IN THE PAST WHEN TRAVELLING TO THE CZECH REPUBLIC**

POTVRDZUJEM, ŽE / THIS IS TO CERTIFY THAT

Priezvisko/ Surname ……………………………………………

Meno / Name ……………………………………………

Dátum narodenia / Date of birth ……………………………………………

Miesto narodenia / Place of birth ……………………………………………

Štátna príslušnosť / Nationality ……………………………………………

Bydlisko na Slovensku / EU / Residence in Slovak Republic / EU ……………………………………………

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

A / AND

PREKONAL/ PREKONALA OCHORENIE COVID-19 a absolvoval / absolvovala izoláciu v Slovenskej republike alebo inom štáte Európskej únie v stanovenom rozsahu z dôvodu pozitívneho výsledku RT- PCR testu v období od - do (dátum) / SUFFERED COVID-19 DISEASE IN THE PAST and completed isolation in the Slovak 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): ………………………………………….

Prvý pozitívny výsledok RT-PCR testu bol zaznamenaný dňa (dátum)/ The first RT-PCR test result was recorded on (date): ……………………………………….

V /In ………………………………………. dňa /date ……………………………………….

Podpis a pečiatka potvrdzujúceho lekára pôsobiaceho v SR alebo EU /

Signature and stamp of a certifying physician working in the SR or EU ……………………………………….