**IZJAVA OBISKOVALCA/OBISKOVALKE ŠC Postojna**

**O IZPOLNJEVANJU POGOJA PCT**

Podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sem dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ime in priimek) (datum obiska)

obiskal/a šolo z namenom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (namen obiska)

ter **IZJAVLJAM,**

* da sem seznanjen/a s pogoji PCT, ki se nanašajo na ukrepe za zajezitev Covid–19, in ki so natančneje opredeljeni v Uredbi o spremembah in dopolnitvah Uredbe o izvajanju presejalnih programov za zgodnje odkrivanje okužb z virusom SARS-CoV-2 ter v Odloku o določitvi začasnih pogojev za izvajanje dejavnosti v vzgoji in izobraževanju ter visokem šolstvu (UR. list št. 130/21 z dne 20. 08. 2021)

in

* da **izpolnjujem enega izmed pogojev PCT\*** (preboleli, cepljeni, testirani).

Postojna, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\*Pogoji PCT:*

* 1. *dokazilo o negativnem rezultatu testa na virus SARS-CoV-2 s testom PCR, ki ni starejši od 72 ur, ali testom HAG, ki ni starejši od 48 ur od odvzema brisa;*
	2. *dokazilo o cepljenju zoper COVID-19;*
	3. *dokazilo o pozitivnem rezultatu testa PCR, ki je starejši od 10 dni, razen, če zdravnik presodi drugače, vendar ni starejši od šest mesecev;*
	4. *potrdilo zdravnika, o prebolelem COVID-19 in od začetka simptomov ni minilo več kot šest mesecev.*

*Pojasnilo: Izpolnjeni podatki bodo obravnavani kot zaupni ter se bodo uporabljali izključno z namenom izvrševanja veljavnih protikoronskih predpisov. Izjavo bomo hranili 3 mesece, nato jo bomo uničili.*