**LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ**

[ ]  **O PRODĚLÁNÍ ONEMOCNĚNÍ COVID-19 K DOLOŽENÍ PŘI CESTĚ DO ČESKÉ REPUBLIKY**

[ ]  **O PROVEDENÉM OČKOVÁNÍ PROTI NEMOCI COVID-19**

**MEDICAL CERTIFICATE ON**

[ ]  **SUFFERING COVID-19 DISEASE IN THE PAST WHEN TRAVELLING TO THE CZECH REPUBLIC**

[ ]  **VACCINATION AGAINST COVID-19 DISEASE**

**POTVRZUJI, ŽE** / THIS IS TO CERTIFY THAT

**Příjmení** / Surname ………………………………………………………………………………………………………………………

**Jméno** / Name ………………………………………………………………………………………………………………………

**Datum narození** / Date of birth ………………………………………………………………………………………………………………………

**Místo narození** / Place of birth ………………………………………………………………………………………………………………………

**Státní příslušnost** / Nationality ………………………………………………………………………………………………………………………

**Bydliště v ČR / EU** / Residence in Czechia / EU ………………………………………………………………………………………………

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

A / AND

[ ]  **PRODĚLAL/A ONEMOCNĚNÍ COVID-19** a absolvoval/a izolaci v České republice nebo jiném státě Evropské unie ve stanoveném rozsahu z důvodu pozitivního výsledku RT-PCR testu v období od – do (datum):

SUFFERED COVID-19 DISEASE IN THE PAST and completed isolation in the Czech 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):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

První pozitivní výsledek RT-PCR testu byl zaznamenán dne (datum) / The first RT-PCR test result was recorded on (date): …………………………………………………………………………………………………………………….

[ ]  **BYL/A OČKOVÁN/A PROTI NEMOCI COVID-19 VAKCÍNOU**/was vaccinated with the vaccine

..............................................................................................................................................................................

on the following dates: First dose on: …………………………………………………………………….

Second dose on: ………………………………………………………………….

V /In ………………………………………. dne /date ……………………………………….

Podpis a razítko potvrzujícího lékaře působícího v ČR nebo EU / Signature and stamp of a certifying physician working in the Czech Republic or EU ………………………………………