



## IZJAVA O IZPOLNJEVANJU POGOJEV »PCT«

Spodaj podpisani

\_\_\_\_\_ (ime in priimek),

izjavljam, da izpolnjujem pogoj PCT (preboleli, cepljeni, testirani) z enim od spodaj navedenih potrdil in/ali dokazil:

- 1. Dokazilo o negativnem rezultatu testa PCR**, ki ni starejši od 72 ur od odvzema brisa, ali **testa HAG**, ki ni starejši od 48 ur od odvzema brisa;
- 2. digitalno covid potrdilo EU** v digitalni ali papirnati obliki, opremljeno s kodo QR (EU DCP);
- 3. digitalno covid potrdilo tretje države** v digitalni ali papirnati obliki, opremljeno s kodo QR, ki vsebuje vsaj enake podatke kot EU DCP in ga je pristojni zdravstveni organ tretje države izdal v angleškem jeziku (DCP tretje države);
- 4. dokazilo o cepljenju** zoper covid-19;
- 5. dokazilo o pozitivnem rezultatu testa PCR**, ki je starejši od deset dni, vendar ni starejši od 180 dni;
- 6. dokazilo o prebolelnosti iz prejšnje točke in dokazilo o cepljenju, s katerim oseba dokazuje, da** je bila v obdobju, ki ni daljše od 180 dni od pozitivnega rezultata testa PCR oziroma od začetka simptomov, **cepljena z enim odmerkom** cepiva. Zaščita se vzpostavi z dnem cepljenja.

Spodaj podpisani mora imeti PCT dokazilo pri sebi.

Kraj: \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_