**Čestné prohlášení o bezinfekčnosti**

Potvrzuji, že níže uvedené osoby

(jméno, příjmení, datum narození) .................................................................................................

(jméno, příjmení, datum narození) .................................................................................................

(jméno, příjmení, datum narození) .................................................................................................

které se účastní poskytování poradenské služby:

- netrpí žádným akutním infekčním onemocněním ani se u nich neprojevují příznaky těchto chorob

- nemají nařízené karanténní opatření

- nejsou si vědomi, že by v posledních 14 kalendářních dnech před vyšetřením v ŠPZ přišli do styku s fyzickou osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy či s osobou, které bylo nařízeno karanténní opatření

- nejsou si vědomi žádného důvodu, proč by vyšetření v poradenském zařízení mělo představovat pro jeho pracovníky zdravotní riziko

Jsem si vědom(a), že nepravdivé prohlášení s sebou nese odpovídající právní následky.

V ................................... Dne ...................................

 ……………………………………………………………………

 Podpis zákonného zástupce/ zletilého žáka nebo studenta