

ŠOLSKI CENTER POSTOJNA

Cesta v Staro vas 2

6230 POSTOJNA

**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 zaježitev 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:*

- a. 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;
- b. dokazilo o cepljenju zoper COVID-19;
- c. dokazilo o pozitivnem rezultatu testa PCR, ki je starejši od 10 dni, razen, če zdravnik presodi drugače, vendar ni starejši od šest mesecev;
- d. 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.