

Písomné vyhlásenie o bezpríznakovosti

Písomné vyhlásenie o bezpríznakovosti sa predkladá s cieľom zabezpečiť bezpečné prostredie v školách a školských zariadeniach za účelom zaistenia bezpečnosti a ochrany zdravia detí a žiakov podľa § 152 písm. c) zákona č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní, a tak zachovať prezenčnú výučbu a minimalizovať riziko prerušenia výučby v triede.

Meno a priezvisko dieťaťa/žiaka	
Dátum narodenia dieťaťa/žiaka	
Adresa trvalého pobytu dieťaťa/žiaka	

Meno a priezvisko zákonného zástupcu dieťaťa/žiaka*:

*vyplňa sa len v prípade neplnoletého dieťaťa/žiaka

Podľa § 144 ods.7 písm. d) zákona č.245/2008 Z.z. vyhlasujem, že: (označte „X“)

- dieťa/žiak nemá ani jeden z nasledujúcich príznakov: neprimeraná únava, bolesť hlavy a tela, zvýšená telesná teplota, kožná vyrážka, známky ochorenia dýchacích ciest (nádcha, bolesť hrdla, strata čuchu a chuti, kašeľ, sťažené dýchanie), známky ochorenia tráviaceho traktu (bolesť brucha, vracanie, hnačka),
- regionálny úrad verejného zdravotníctva ani lekár všeobecnej zdravotnej starostlivosti pre deti a dorast dieťaťu/žiakovi nenariadil karanténne opatrenie,
- dieťa/žiak nebol v priebehu ostatných 7 dní v úzkom kontakte¹ s osobou pozitívnou na ochorenie COVID-19,²

- v prípade ak dieťa/žiak bol za posledných 14 dní v zahraničí:

a má menej ako 12 rokov a 2 mesiace veku:

- si spolu s osobami žijúcimi v spoločnej domácnosti po vstupe na územie Slovenskej republiky splnili povinnosti domácej izolácie 10 dní, alebo obdržali negatívny výsledok PCR testu po 5-tom dni domácej izolácie, alebo si uplatňujú status kompletne zaočkovaných osôb³;

a má viac ako 12 rokov a 2 mesiace veku:

- si po vstupe na územie Slovenskej republiky splnil povinnosť domácej izolácie 10 dní, alebo obdržal negatívny výsledok PCR testu po 5-tom dni domácej izolácie, alebo si uplatňuje status kompletne zaočkovanej osoby³.

Som si vedomý, že v prípade zmeny zdravotného stavu a prejavovania vyššie uvedených príznakov ochorenia dieťa/žiak musí zostať doma a nemôže navštevovať školu. Rovnako som si vedomý(á) právnych následkov v prípade nepravdivého vyhlásenia, najmä som si vedomý(á), že by som sa dopustil(a) priestupku podľa § 21 ods. 1 písm. f) zákona č. 372/1990 Zb. o priestupkoch.

V dňa

.....
 podpis
 (zákonný zástupca/plnoletý žiak)

¹ úzky kontakt je kontakt osoby s osobou pozitívnou na ochorenie, ak pri tomto kontakte nemali prekryté horné dýchacie cesty respirátorom typu FFP2 (a vyššie) a osoby boli v priamom fyzickom kontakte, alebo osoby boli od seba vo vzdialenosti menšej ako 2 metre dlhšie ako 5 minút, alebo osoby boli v interiérovom alebo inak uzatvorenom priestore dlhšie ako 5 minút, alebo osoby cestovali spoločne dopravným prostriedkom dlhšie ako 5 minút

² osoby v osobitnom režime (napr. pracovníci „prvej línie“ ako sú zdravotníci, hasiči, policajti a pod.) a osoby, na ktoré sa vzťahuje výnimka z karantény sa vyjadrujú len k príznakom akútneho ochorenia svojho dieťaťa/žiaka a k nariadeniu karantény

³ kompletne očkovaná osoba je osoba: a) najmenej 14 dní po aplikácii druhej dávky očkovacej látky proti ochoreniu COVID-19 s dvojdávkovou schémou, avšak nie viac ako 9 mesiacov po aplikácii poslednej dávky, alebo b) najmenej 21 dní po aplikácii prvej dávky očkovacej látky proti ochoreniu COVID-19 s jednodávkovou schémou, avšak nie viac ako 9 mesiacov po aplikácii poslednej dávky, alebo c) najmenej 14 dní po aplikácii prvej dávky očkovacej látky proti ochoreniu COVID-19, ak bola prvá dávka očkovania proti ochoreniu COVID-19 podaná v intervale do 180 dní od prekonania ochorenia COVID-19, avšak nie viac 9 mesiacov po aplikácii poslednej dávky

Potvrdenie o vykonaní antigénového samotestu s negatívnym výsledkom

Dolu podpísaná poverená osoba
(meno a priezvisko)

týmto potvrdzujem,

že antigénový samotest u testovanej osoby (meno a priezvisko),
ktorý odhaľuje ochorenie COVID-19 vykonaný dňav čase o..... bol
s negatívnym výsledkom.

V dňa.....
(podpis poverenej osoby alebo zákonného
zástupcu, pečiatka a názov organizácie)

Dolu podpísaná poverená osoba
(meno a priezvisko)

týmto potvrdzujem,

že antigénový samotest u testovanej osoby (meno a priezvisko),
ktorý odhaľuje ochorenie COVID-19 vykonaný dňav čase o..... bol
s negatívnym výsledkom.

V dňa.....
(podpis poverenej osoby alebo zákonného
zástupcu, pečiatka a názov organizácie)