



Izjava o zdravstvenem stanju kandidata za preizkus gibalnih sposobnosti

Podpisani/a _____, rojena/a _____,
(ime in priimek kandidata/kandidatke) (rojstni datum)

izjavljam, da:

1. v zadnjih 14 dneh nisem imel/a kateregakoli od naslednjih simptomov oziroma znakov: povišana telesna temperatura, kašelj, glavobol, slabo počutje, boleče žrelo, nahod, težko dihanje (občutek pomanjkanja zraka), driska oziroma sem bil/a v tem obdobju zdrav/a;
2. v zadnjih 14 dneh nisem bil/a v stiku z osebo, pri kateri je bila potrjena okužba s SARS-CoV-2;
3. bom upošteval/a ukrepe za preprečevanje možnosti okužbe s SARS-CoV-2 med preizkusom na UL FŠ, navedene na obvestilu o preizkusu, in navodila zaposlenih.

Kraj in datum: _____ Podpis: _____