

**LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ O PRODĚLÁNÍ ONEMOCNĚNÍ COVID-19  
K DOLOŽENÍ PŘI CESTĚ DO ČESKÉ REPUBLIKY**

*MEDICAL CERTIFICATE ON SUFFERING COVID-19 DISEASE IN THE PAST  
WHEN TRAVELLING TO THE CZECH REPUBLIC*

**POTVRZUJI, ŽE / THIS IS TO CERTIFY THAT**

**Příjmení / Surname** .....

**Jméno / Name** .....

**Datum narození / Date of birth** .....

**Místo narození / Place of birth** .....

**Státní příslušnost / Nationality** .....

**Bydliště v ČR / EU / Residence in Czechia / EU** .....

**NEMÁ KLINICKÉ ZNÁMKY ONEMOCNĚNÍ COVID-19 / DOES NOT HAVE CLINICAL SIGNS OF COVID-19 DISEASE**

**A / AND**

**PRODĚLAL / PRODĚLALA ONEMOCNĚNÍ COVID-19 a absolvoval / absolvovala izolaci v České republice nebo jiném státě Evropské unie ve stanoveném rozsahu z důvodu pozitivního výsledku RT-PCR testu v období od – do (datum):**

*SUFFERED COVID-19 DISEASE IN THE PAST and completed isolation in the Czech Republic or in another EU Member State in the full extent due to a positive RT-PCR test in the period of time from – until (dates):*

.....

**První pozitivní výsledek RT-PCR testu byl zaznamenán dne (datum) / The first RT-PCR test result was recorded on (date):** .....

**V /In** ..... **dne /date** .....

**Podpis a razítko potvrzujícího lékaře působícího v ČR nebo EU / Signature and stamp of a certifying physician working in the Czech Republic or EU**

.....