**IZJAVA**

Ime i prezime: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

JMBAG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Izjavljujem i vlastoručnim potpisom potvrđujem da nemam znakove akutne respiratorne bolesti (povišena tjelesna temperatura, kašalj, poteškoće u disanju, poremećaj osjeta njuha…), da mi nije propisana mjera samoizolacije te da nemam saznanja da sam bio/bila u kontaktu s osobama pozitivnim na COVID-19 ili da su zaraženi s COVID-19.

Mjesto i datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_