

Izjava o zdravstvenem stanju študenta / študentke

Podpisani/a _____
(ime in priimek študenta / študentke)

študent / študentka _____ . letnika _____
(letnik študija) (članica UM)

izjavljam:

1. da 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 oz. sem bil/a v tem obdobju zdrav/a;
2. da v zadnjih 14 dneh nisem bil/a v stiku z osebo, pri kateri je bila potrjena okužba s SARS-CoV-2.

Kraj in datum: _____

Podpis: _____