Lékařského potvrzení o prodělání onemocnění COVID-19

*Medical certificate of disease recovery COVID-19*

Titul, jméno a příjmení praktického lékaře, jeho adresa, který vystavil potvrzení a který působí v České republice

**MUDr.**

**, Česká Republika**

Potvrzuji, že

**, narozený dne v , bytem,**

nemá klinické známky onemocnění COVID-19, prokazatelně prodělal onemocnění COVID-19 a absolvoval podle platných mimořádných opatření Ministerstva zdravotnictví nebo opatření jiného členského státu Evropské unie izolaci ve stanoveném rozsahu (10 dnů) z důvodu pozitivního výsledku RT-PCR testu (ze dne 26. ledna 2021), od prvního pozitivního výsledku RT-PCR testu neuplynulo více než 90dnů.

Potvrzení je na základě Ochranného opatření Ministerstva zdravotnictví dne 1.2.2021 č.j. MZDR 20599/2020-51/MIN/KAN bod 5 h).

------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Title, name and surname physician, his address, who issued the certificate and working in the Czech Republic

**MUDr.**

**Czech Republic**

I confirm that

**born in , living at**

He has not any clinical signs of COVID-19, that he has provably recovered from COVID-19, that he has completed isolation to the required extent (10 days) due to a positive result of an RT-PCR test (on 26 January 2021) according to the valid extraordinary measure ordered by the Ministry of Health or a measure of another member state of the EU and that not more than 90 days passed from the first positive result of an RT-PCR test.

Confitmation is based on Protective measure of Ministry of Health on 1 February 2021 ref.no. MZDR 20599/2020-51/MIN/KAN point 5 h)

V Ostravě dne 11.2.2021

In Ostrava on 11 February 2021 …………………………………………………….

 Razítko a podpis praktického lékaře

 *Stamp and signature of physician*