



ŠOLSKI CENTER ZA POŠTO, EKONOMIJO IN TELEKOMUNIKACIJE LJUBLJANA, CELJSKA ULICA 16,
1000 LJUBLJANA

IZJAVA O CEPLJENJU proti SARS-CoV-2 (polno cepljeni)

Datum cepljenja	Ime in priimek	Podpis

IZJAVA O PREBOLEVNOSTI COVID-19

Datum pozitivnega rezultata testa PCR	Ime in priimek	Podpis

S podpisom jamčim za resničnost podatkov in soglašam, da pooblaščenim osebam omogočim vpogled v predpisano potrdilo/dokazilo.