**Zadeva: EVIDENČNI LIST Z IZJAVO DELAVCA**

V skladu s 1. odstavkom 5. člena Odloka o načinu izpolnjevanja pogoja prebolevnosti, cepljenja in testiranja za zajezitev širjenja okužb z virusom SARS-CoV-2 z dne 11.09.2021 (v nadaljevanju: »**Odlok**«), zaposleni v \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ime in Priimek:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

zaposlen na delovnem mestu:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

izrecno izjavljam, da razpolagam (obkroži):

1. z digitalnim COVID potrdilom EU v digitalni ali papirnati obliki, opremljenim s kodo QR (v nadaljnjem besedilu: »**EU DCP**«);
2. z digitalnim COVID potrdilom tretje države v digitalni ali papirnati obliki, opremljenim s kodo QR, ki vsebuje vsaj enake podatke kot EU DCP in ga je pristojni zdravstveni organ tretje države izdal v angleškem jeziku;
3. z dokazilom o cepljenju zoper COVID-19, s katerim izkazujem, da sem prejel:
	1. drugi odmerek cepiva Comirnaty proizvajalca Biontech/ Pfizer, cepiva Spikevax (COVID-19 Vaccine) proizvajalca Moderna, cepiva Sputnik V proizvajalca Russia’s Gamaleya National Centre of Epidemiology and Microbiology, cepiva CoronaVac proizvajalca Sinovac Biotech, cepiva COVID-19 Vaccine proizvajalca Sinopharm, cepiva Vaxzevria (COVID-19 Vaccine) proizvajalca AstraZeneca ali cepiva Covishield proizvajalca Serum Institute of India/AstraZeneca oziroma kombinacijo dveh cepiv iz te alineje. Dokazilo se pridobi takoj po prejetem drugem odmerku;
	2. odmerek cepiva COVID-19 Vaccine Janssen proizvajalca Johnson in Johnson/Janssen-Cilag. Dokazilo se pridobi z dnem cepljenja;
4. z dokazilom o pozitivnem rezultatu testa PCR, ki je starejši od deset dni, razen če zdravnik presodi drugače, vendar ni starejši od 180 dni;
5. z dokazilom o prebolevnosti iz prejšnje točke in dokazilom o cepljenju iz c. točke, s katerim dokazujem, da so bile v obdobju, ki ni daljše od 180 dni od pozitivnega rezultata testa PCR oziroma od začetka simptomov, cepljen z enim odmerkom cepiva iz a. alineje c) točke. Zaščita se vzpostavi z dnem cepljenja.

S podpisom jamčim za resničnost in verodostojnost podatkov, podanih v tem evidenčnem listu z izjavo.

Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_