

_____ (ime, priimek)

_____ (naslov)

_____ (datum rojstva)

Za potrebe pravilne razvrstitve pri obračunu mikrobiološke preiskave na virus SARS-CoV-2 po Uredbi o izvajanju presejalnih programov za zgodnje odkrivanje okužb z virusom SARS-CoV-2 (Uradni lis RS, št. 118/21 in 132/21 ter nasl.)

IZJAVLJAM,

da se uvrščam v eno od naslednjih kategorij (*označiti in izpolniti*):

- osebe, ki opravljajo delo v zdravstveni dejavnosti
- osebe, ki opravljajo delo v dejavnosti vzgoje in izobraževanja, vključno z visokošolsko dejavnostjo
- osebe, ki izvajajo socialno varstvene storitve in programe, pri katerih zaradi dela z oskrbovanci teh storitev in programov obstaja neposredna nevarnost za širjenje COVID-19
- osebe, za katere je z odloki vlade, s katerimi se določajo ukrepi za preprečevanje in obvladovanje posledic nalezljive bolezni COVID-19, določeno obvezno testiranje na virus SARS-CoV-2, in sicer opravljam delo _____
- druge osebe, ki lahko povzročijo širjenje COVID-19 v okolju, kjer obstaja neposredna nevarnost za širjenje, zlasti uporabniki zdravstvenih storitev, oskrbovanci socialno varstvenih zavodov, osebe v zavodih za prestajanje kazni zapora, prevzgojnih domovih, centrih za tujce, varnih hišah, azilnih domovih, integracijskih hišah in kriznih centrih za otroke, in sicer se uvrščam v naslednjo skupino _____
- osebe, ki se zaradi medicinskih razlogov ne smejo cepiti, kar se izkaže z zdravniškim potrdilom

Izpolnjevanje ene izmed zgornjih kategorij izkazujem z naslednjim dokazilom _____

_____, ki ga predložim na vpogled izvajalcu mikrobiološkega testiranja. S podpisom jamčim za verodostojnost podanih informacij in se zavežem sam kriti stroške izvedene mikrobiološke preiskave na virus SARS-CoV-2, v kolikor izvajalec ne bo prejel povračila stroškov s strani ZZS.

ali

- Ne sodim v nobeno od zgoraj naštetih kategorij in sem sam plačnik mikrobiološke preiskave na virus SARS-CoV-2.

Kraj in datum:

Podpis: