**PROTOKOL O PROVEDENÉM TESTOVÁNÍ NA COVID – 19**

**V RÁMCI ODBORNÉ PRAXE**

Žák (příjmení a jméno): .........................................................................

Datum narození : ........................................

Třída: ....................

**Doložil potvrzení o:**

- ukončeném očkování předložením certifikátu

- lékařské potvrzení o prodělaném onemocnění

**(nehodící se škrtněte)**

**Pokud se na žáka vztahuje povinnost provedení antigenního testu, vyplní poskytovatel praxe tabulku viz. níže :**

**ZÁZNAM O PROVEDENÉM ANTIGENNÍM TESTOVÁNÍ PRAKTIKANTA:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DATUM | VÝSLEDEK (označte křížkem) | | PODPIS |
|  | negativní | pozitivní | odpov. osoby |
| **1.9.2021** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **6.9.2021** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **9.9.2021** |  |  |  |

V Praze dne 30.8.2021 Mgr. et Bc. Jan Dalecký

ředitel TRIVIS – SŠV a VOŠ Praha, s.r.o.