

## IZJAVA O CEPLJENJU PROTI VIRUSU SARS-CoV-19

Spodaj podpisan/a \_\_\_\_\_,

rojen/a: \_\_\_\_\_

ob kontaktu svojca \_\_\_\_\_

dne 21.12.2020 oziroma 22.12.2020

SOGLAŠAM s cepljenjem

(ustrezno obkrožite)

NE SOGLAŠAM s cepljenjem

DATUM: 21.12.2020/ 22.12.2020

PODPIS: \_\_\_\_\_