

**IZJAVA
O IZPOLNJEVANJU POGOJEV PCT**

Podpisani _____ (ime in priimek), kot obiskovalec pri/v
_____, dne _____ izjavljam,
da izpolnjujem pogoje PCT (preboleli, cepljeni, testirani) v skladu z veljavno zakonodajo.

Novo mesto, dne _____

Podpis: _____

S podpisom te izjave potrjujem verodostojnost podatkov in se strinjam, da se moji osebni podatki, navedeni na tej izjavi, uporabljajo za namene preprečevanja širjenja okužbe z virusom SARS-CoV-2 in se hranijo v DSO Novo mesto za obdobje, ki je potrebno za doseganje navedenega namena.