



Zdravstveni dom Ajdovščina, Tovarniška cesta 3, 5270 Ajdovščina
e-pošta: tajnistvo@zd-ajdovscina.si

IZJAVA O CEPLJENJU PROTI COVID -19

Spodaj podpisani _____, zakoniti
zastopnik otroka:

IME/PRIIMEK _____,

DATUM ROJSTVA _____

**SOGLAŠAM S CEPLJENJEM
PROTI COVID - 19**

**NE SOGLAŠAM S CEPLJENJEM
PROTI COVID – 19**

(ustrezno obkrožite)

Ali je vaš otrok prebolel COVID-19? **NE**

DA _____(DATUM OBOLELOSTI)

Cepljenje oseb, ki so dokazano prebolele COVID-19, se lahko opravi samo z enim odmerkom cepiva proti COVID-19 (zaradi posebnih okoliščin se v skladu s SmPC lahko opravi tudi z dvema odmerkoma). Če je minilo več kot 8 mesecev od začetka bolezni in prebolevnik še ni bil cepljen, prejme polno cepljenje z dvema odmerkoma cepiva.

Želim, da moj otrok prejme oba odmerka cepiva **NE** **DA**

PODPIS OSEBE _____

Datum: