



SLOVENSKI KLUB ZA VELIKE PASME IN MOLOSE

Glavna ulica 47, SI- 9220 Lendava

Davčna številka: 45546908, TRR: SI56 0310 0100 0034 016

skvpm.info@gmail.com, <https://www.skvpm-klub.si/>

VABILO NA VZREJNI PREGLED SKVPM

Spoštovani,

v pričakovanju jesenskega vzrejnega pregleda, ki bo potekal v nedeljo, dne 03. 10. 2021 na poligonu KD Domžale, smo vas v skladu z zakonodajo dolžni seznaniti z nujnimi ukrepi in pravili, ki veljajo na prireditvenem prostoru.

**Prireditve bo potekala v skladu s trenutno veljavnimi priporočili NJIZ.
Za udeležbo na dogodku je potrebno izpolnjevati PCT pogoj.**

Vljudno vas naprošamo, da se zaradi navodil in omejitev NIJZ striktno držite napisane ure, na prizorišče pridete največ 10 minut pred predvideno uro in se po opravljenem vzrejnem pregledu ne zadržujete več na območju KD Domžale.

Dodatno vas vljudno naprošamo tudi za upoštevanje naslednjih ukrepov:

1. V ocenjevalnem krogu je obvezno nošenje maske, saj ni mogoče zagotoviti razdalje najmanj 1,5 m.
2. Pred vstopom v ocenjevalni krog je potrebno razkužiti roke (razkužilo bo zagotovil SKVPM).
3. V kolikor kažete kakršnekoli simptome respiratornih bolezni, kašljate, imate povišano temperaturo nad 37,5 ali se slabo počutite, se prireditve ne udeležujte.

Vljudno vas naprošamo, da pravila striktno upoštevate in s tem omogočite nemoteno izvedbo prireditve.

V prilogi vam posredujemo urnik za izvedbo jesenskega vzrejnega pregleda SKVPM.

Prosim, držite se časovne razporeditve.

Na vzrejni pregled s seboj prinesite tudi vse original dokumente, ki jih imate in knjižico o cepljenju, v kolikor bo želela vzrejna komisija vpogled v originalni dokument.

V pričakovanju vašega sodelovanja in uspešne izvedbe vzrejnega pregleda vas lepo pozdravljamo.

Vzrejna komisija SKVPM

S seboj obvezno prinesite izpolnjeno in podpisano izjavo:

IZJAVA O IZPOLNJEVANJU POGOJA »PCT«



Spodaj podpisani _____ (Ime in priimek)
udeleženec na prireditvi **Jesenski vzrejni pregled z oceno zunanosti SKVPM** (v KD Domžale,
Krumperška ulica 41, 1230 Domžale) v času nedelja, 03.10.2021, izjavljam, da izpolnjujem pogoj PCT
(preboleli, cepljeni, testirani) z enim od spodaj navedenih potrdil oz. dokazil:

1. Dokazilo o negativnem rezultatu testa na virus SARS-CoV-2 s testom PCR ali testom HAG, ki ni starejši od 48 ur od odvzema brisa.
2. Dokazilo o cepljenju zoper COVID-19
3. Dokazilo o pozitivnem rezultatu testa PCR, ki je starejši od 10 dni, razen če zdravnik presodi drugače, vendar ni starejši od šest mesecev.
4. Potrdilo zdravnika o prebolelosti COVID-19 in od začetka simptomov ni minilo več kot šest mesecev.

S podpisom potrjujem točnost podatkov in razumevanje izjave.

Kraj in datum: _____ Podpis: _____