**\*IME PRIIMEK: ………………………………………………………………**

**\*NASLOV: ……………………………………………………………………..**

**TELEFON: ……………………………………………………………………...**

**\*ZAPOSLITEV: ……………………………………………………………….**

*(\*podatek je obvezen)*

**Izjavljam, da sem v preteklih tednih, ko smo se tudi v naši državi soočali z realnostjo, ki so jo prinesli ukrepi za preprečevanje okužbe s COVID-19, pomagal kot** *(obkrožite)***:**

* **zaposlen v zdravstvu**
* **negovalci in medicinsko osebje v socialnem zavodu**
* **aktivno vključen pripadnik gasilcev**
* **aktivno vključen pripadnik civilne zaščite**
* **policist na terenu**
* **trgovec v živilski/kmetijski trgovini**
* **poštar**
* **komunalni delavci**

**S podpisom te izjave izjavljam, da so podatki, ki so podani v prijavi, resnični, in da odražajo dejansko stanje. Za podane podatke prevzemam popolno odgovornost.**

*(Izpolnjen obrazec nam posredujte na naslov Občina Duplek, Trg slovenske osamosvojitve 1, 2241 Spodnji Duplek, ali na elektronski naslov: obcina.duplek@duplek.si)*

Podpis:

…………………………………………….

*Pregledal: Odobril:*

*…………………………….. ……………………………*