**ИЗЈАВА**

Ја, доле потписани, као пунолетно лице,

Име и презиме: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Школа „\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_“ из \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

добровољно уз личну одговорност и сопствени потпис, потврђујем учешће на такмичењу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ које се одржава \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ у \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Такође, изјављујем да у периоду од 10 дана пре давања изјаве нисам био у свесном контакту са особом код које је потврђена болест COVID - 19.

Пунолетно лице

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (својеручни потпис)

**Напомена:**

**Попуњен и потписан формулар професори требају понети на такмичење. У противном неће бити могуће присуство нa такмичењу.**