**Čestné prohlášení**

Já, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (jméno a příjmení),

narozen/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (datum narození),

bytem \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (adresa trvalé bydliště)

***tímto čestně prohlašuji,***

že jsem si v souladu s Opatřením rektora č.33/2016 zajistil/a dostatečné zdravotní pojištění platné pro stát, který je cílem mého zahraničního výjezdu, a zaregistroval/a se v systému Dobrovolné registrace občanů České republiky při cestách do zahraničí (DROZD).

Potvrzuji, že jsem Univerzitě Karlově poskytl/a své platné kontaktní údaje a platné kontaktní údaje kontaktní/ blízké osoby.

Tímto dále potvrzuji, že jsem byl/a informován/a o opatřeních Univerzity Karlovy pro případy mimořádných událostí a krizových situací a že jsem obeznámen/a s bezpečnostní situací v zemi mého zahraničního výjezdu.

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (místo) dne . . 20 (datum) podpis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pojišťovna (název ústavu, číslo pojistné smlouvy):…………………….……………………………......................

Adresa v zahraničí:…………………………………...............................................................................................................

Kontaktní osoba (jméno, adresa, telefon, email):……………………………………………………………………... ………………….……………………………………………………………………………………………………………………………