

Lékařské potvrzení o prodělání onemocnění COVID-19

Název a adresa zdravotnického zařízení

Titul, jméno a příjmení lékaře, který vystavil potvrzení:

Potvrzuji, že
datum narození:.....
bytem
nemá klinické známky onemocnění COVID-19, prokazatelně prodělal onemocnění COVID-19 a absolvoval podle platných mimořádných opatření Ministerstva zdravotnictví nebo opatření jiného členského státu Evropské unie izolaci ve stanoveném rozsahu z důvodu pozitivního výsledku RT-PCR testu, který absolvoval dne(datum).

V

Datum:.....

Podpis a razítko lékaře