

Zdravniško potrdilo

Skladno z Uredbo zveznega ministra za socialo, zdravstvo, nego in varstvo potrošnikov o ukrepih ob prihodu iz Italije

Potrjujemo, da je bil/-a

(ime) _____

rojen/-a, dne _____ v _____

dne _____ testiran/-a glede obstoja SARS-CoV-2.

Status okužbe v času testiranja

SARS-CoV-2

poz:

neg:

_____, dne _____

Podpis in žig zdravnika, ki je izdal potrdilo

Ustrezno označite s križcem