



CERTIFICADO TEST ANTIGENOS COVID-19

Por la presente yo Dr./Dra con
DNI..... y Nº de colegiado/a.....**certifico** que he
realizado el COVID-19 Ag Test a D./Dña.
Con DNI y licencia federativa Nº cuyo resultado ha
sido:

POSITIVO	NEGATIVO

En a de de 20.....

Firmado: