

**CERTIFICADO TEST ANTIGENOS COVID-19**

Por la presente yo Dr./Dra con

DNI........................................ y Nº de colegiado/a (OBLIGATORIAMENTE MÉDICO COLEGIADO) **certifico** que he

realizado el COVID-19 Ag Test a:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE | LICENCIA | RESULTADO |
|  |  | Positivo | Negativo |
|  |  | Positivo | Negativo |
|  |  | Positivo | Negativo |
|  |  | Positivo | Negativo |
|  |  | Positivo | Negativo |
|  |  | Positivo | Negativo |
|  |  | Positivo | Negativo |
|  |  | Positivo | Negativo |
|  |  | Positivo | Negativo |
|  |  | Positivo | Negativo |
|  |  | Positivo | Negativo |
|  |  | Positivo | Negativo |
|  |  | Positivo | Negativo |
|  |  | Positivo | Negativo |
|  |  | Positivo | Negativo |
|  |  | Positivo | Negativo |
|  |  | Positivo | Negativo |
|  |  | Positivo | Negativo |
|  |  | Positivo | Negativo |
|  |  | Positivo | Negativo |
|  |  | Positivo | Negativo |
|  |  | Positivo | Negativo |
|  |  | Positivo | Negativo |
|  |  | Positivo | Negativo |
|  |  | Positivo | Negativo |
|  |  | Positivo | Negativo |
|  |  | Positivo | Negativo |
|  |  | Positivo | Negativo |

En ......................................... a ....................................... de....................... de 20...................

Firmado: