

Läkarintyg - SARS-CoV-2 testresultat

Detta är för att intyga att:

Namn:
Nuvarande adress:
Bosättningsland:

Har blivit testad för SARS-CoV-2 den:

Lägesrapport för infektion vid
datum för testet:

Datum:	Rapportdatum:
Klockslag:	Testresultat: Neg: Pos:

Datum:	Underskrift och stämpel av den certifierande läkaren:
--------	---

Datum:	Underskrift:
--------	--------------