

# TESTE COVID-19



Clube:

Escalão Competitivo:

Género:

TESTE COVID-19 TRAg
Data do teste _____ Local do teste _____
_____
(Data e assinatura do profissional de saúde)

TESTE COVID-19 AG
Eu _____ (nome do médico) confirmo que todos os presentes na seguinte lista (devidamente assinada e com vinheta) testaram negativo à presença de SARS-CoV-2 após a realização do TESTE COVID-19 AG.
_____
(Data, assinatura e vinheta do médico)

O clube confirma que todos os elementos presentes na seguinte lista, foram testados através do TESTE COVID-19 AG e apresentaram resultados negativos à presença de SARS-CoV-2.

\_\_\_\_\_  
(Data, assinatura e carimbo do clube)

Este documento deve ser guardado de forma a poder ser apresentado, se necessário.

**Lista de elementos testados através do TESTE COVID-19 AG com resultado negativo à presença de SARS-CoV-2.**

N.º licença FPB	Atleta (primeiro e último nome)	
		STAFF (primeiro e último nome)

---

(Data e assinatura do profissional de saúde )

NOTA: Qualquer elemento que tenha sido testado com resultado positivo, terá de ser registado na plataforma SINAVE Covid-19 – SNS e informado o departamento médico da FPB.

Este documento deve ser guardado de forma a poder ser apresentado, se necessário.