

TESTE COVID-19



Competição:

Liga Placard Liga Skoiy

Género:

Homem Mulher

TESTE COVID-19 AG

Data do teste _____ Local do teste _____

(Data e assinatura do médico)

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 e assinatura do médico)

O clube confirma que todos os elementos presentes na seguinte lista e que entram na folha de jogo, 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 tem de ser enviado para **departamentomedico@fpb.pt** logo que terminados os testes e conhecidos os resultados dos mesmos.

