

lékařské potvrzení o prodělání onemocnění COVID-19

.....(Název a adresa zdravotnického zařízení)

.....(Titul, jméno a příjmení lékaře, který
vystavil potvrzení a který působí v České republice nebo v jiném členském státě EU)

Potvrzuji, že (jméno a příjmení), narozený/á
..... (datum narození), bytem
(adresa místa trvalého pobytu) nemá klinické známky onemocnění COVID-19, prokazatelně prodělal
onemocnění COVID-19 a absolvoval podle platných mimořádných opatření Ministerstva zdravotnictví
nebo opatření jiného členského státu Evropské unie izolaci ve stanoveném rozsahu z důvodu
pozitivního výsledku RT-PCR testu,

který absolvoval dne(datum). V(město)
..... (datum)

-----Podpis lékaře