**LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ O VÝSLEDKU TESTU PCR
NA PRŮKAZ SARS-CoV-2**

**K DOLOŽENÍ PŘI PŘEKROČENÍ HRANIC ČESKÉ REPUBLIKY**

**CERTIFICATO MEDICO
SUL RISULTATO DI PCR TEST AL SARS-CoV-2**

**DA PRESENTARE ALLA FRONTIERA DELLA REPUBBLICA CECA**

**POTVRZUJI, ŽE** /CERTIFICO CHE

**Příjmení**/ Cognome……………………………………………………………………

**Jméno**/ Nome……………………………………………………………………

**Datum narození**/ Data di nascita……………………………………………………………………

**Místo narození**/ Luogo di nascita ……………………………………………………………………

**BYL/BYLA TESTOVÁN/TESTOVÁNA NA PCR PRŮKAZ SARS-CoV-2 dne**/ É STATO/A TESTATO/A PER SARS-CoV-2 IL (DATA) ………………………………………….

**\*VÝSLEDEK PCR TESTU NA SARS-CoV-2:**/ RISULTATO DEL PCR TEST SARS-CoV-2:

**POZITIVNÍ**/POSITIVO  **NEGATIVNÍ**/ NEGATIVO

**V**/ In **………………………………………………. dne**/ data **……………………………………………**

**Podpis a razítko potvrzujícího lékaře: ……………………………………………**

Firma e timbro del medico rilasciante del presente certificato:

**Vysvětlivky:**/ Note:

**\* Odpověď vyznačte křížkem v příslušném obdélníku** / Contrasegnare l'apposita casella