**Potvrdenie o vykonaní antigénového samotestu**

 **s negatívnym výsledkom**

Dolu podpísaná poverená osoba .........................................................

 (meno a priezvisko)

**týmto potvrdzujem,**

že antigénový samotest u testovanej osoby (meno a priezvisko) ......................................................., ktorý odhaľuje ochorenie COVID-19 vykonaný dňa ...........................v čase o................ bol s negatívnym výsledkom.

V ............................................... dňa........................ .......................................................................

 podpis poverenej osoby alebo

 zákonného zástupcu