

**POTVRZENÍ O VÝLEDKU ANTIGENNÍHO TESTU NA PRŮKAZ ANTIGENU SARS-CoV-2
K DOLOŽENÍ PŘI PŘEKROČENÍ HRANIC ČESKÉ REPUBLIKY
CERTIFICATE ON SARS-CoV-2 ANTIGEN TESTING RESULTS TO BE SUBMITTED
WHEN CROSSING THE CZECH REPUBLIC BORDERS**

POTVRZUJI, ŽE / THIS IS TO CERTIFY THAT

Příjmení /Surname

Jméno /Name

Datum narození /Date of birth

Místo narození /Place of birth

OP nebo Cestovní pas/ National Identity Card or Passport

BYL/BYLA TESTOVÁN/TESTOVÁNA NA PRŮKAZ ANTIGENU SARS-CoV-2 dne

WAS TESTED FOR SARS-CoV-2 ANTIGEN ON (DATE)

VÝSLEDEK ANTIGENNÍHO TESTU NA SARS-CoV-2: / SARS-CoV-2 ANTIGEN TESTING RESULTS:

POZITIVNÍ/Positive

NEGATIVNÍ /Negative

V /In dne /date

Podpis a razítko potvrzujícího lékaře/laboratoře :

Signature and stamp of a certifying physician/laboratory: