**Declaração**

**Realização de Teste Covid-19**

**Validação de testes efetuados pelos departamentos médicos dos Clubes**

Para os devidos efeitos, **NOME DO MÉDICO**,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

com a carteira profissional nº , declara sob compromisso de honra que realizou no dia  **/ /**  em  , o teste à Covid-19 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (tipo de teste) aos elementos indicados abaixo, pertencentes ao Clube \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome completo: | N.º de identificação (CC ou NIF) | Resultado do teste |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Assinatura do Médico:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_