

Potvrzení o zaměstnání pedagogického pracovníka pro účely vyšetření na stanovení přítomnosti antigenu viru SARS CoV-2

Název právnické osoby vykonávající činnost školy nebo školského zařízení (zaměstnavatel):	
Sídlo právnické osoby vykonávající činnost školy nebo školského zařízení:	
Příjmení, jméno a titul pedagogického pracovníka:	

Tímto potvrzují, že výše uvedený je pedagogickým pracovníkem zaměstnavatele.

V dne

.....
Jméno a podpis statutárního zástupce
zaměstnavatele

Formulář pro provedení odběru (Vyplněné, prosím, odevzdejte pracovníkovi na odběrovém místě)	
Jméno a příjmení	
Rodné číslo	
Název a kód zdravotní pojišťovny	
Adresa bydliště	
Telefonní číslo pro sdělení výsledku pří. PCR testu	
E-mailová adresa pro sdělení výsledku pří. PCR testu	
Příznaky	☐ Kašel ☐ Bolest svalů, kloubů, zimnice ☐ Průjem, zvracení ☐ Teplota ☐ Ztráta čichu, chuti ☐ Jiné:..... ☐ Žádné
Výsledek testu vyplňuje lékař	☐ Pozitivní ☐ Negativní