**POTVRZENÍ O NEGATIVNÍM VÝSLEDKU ANTIGENNÍHO TESTU**

*Sportovní organizace (název, adresa, IČ): ………………………………………………………………………………………………………..*

*………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..*

potvrzuje podle aktuálně platného mimořádného opatření Ministerstva zdravotnictví
o testování na Covid 19

***osobě (jméno, příjmení, datum narození, bydliště): …………………………………………………………………………………………….***

***…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..***

že měl dne (datum a čas provedení testu) *…………………………………………………………………………………***negativní výsledek** preventivního testování provedeného prostřednictvím **antigenního testu** formou samoodběru**.**

**……………..………………………………………………………………………………………….**

Jméno a příjmení a podpis odpovědné osoby sportovní organizace

V………………………dne………………………..