Attestazione di avvenuta guarigione COVID-19

Cognome e Nome Assistito

Data di nascita

Numero di Dosi prima della Malattia e relative date

Malattia o agente bersaglio che ha colpito il cittadino: COVID-19

Data del primo test positivo

Data del test negativo

Luogo in cui è stata certificata l'avvenuta guarigione;

Struttura/Medico che ha rilasciato il certificato

Validità del certificato dal ... al:

TIMBRI E FIRMA