

CERTIFICATO DI AVVENUTA GUARIGIONE DI PAZIENTE RISULTATO AFFETTO DA COVID 19

Considerato che il signor/la signoranato/a a
.....il.....e residente a.....
in Via/piazzan.....
Codice Fiscale.....è risultato affetto da COVID-19 in base ad elementi
clinici e laboratoristici,

Preso atto che, in base a quanto scritto nel documento Ministeriale (C. MdS. 6607- 29.02.2020) si
definisce "**paziente guarito**" da COVID-19 "*colui il quale risolve i sintomi dell'infezione da Covid-19 e che
risulta negativo in due test consecutivi, effettuati a distanza di 24 ore uno dall'altro per la ricerca di SARS-
Cov-2*",

Valutate le condizioni cliniche del paziente che risulta ad oggi completamente asintomatico e la negatività
dei due test per la ricerca di SARS-Cov-2 eseguiti il:

Data Test numero 1

Data Test numero 2.....

Il sottoscritto, in virtù di quanto sopra, **certifica l'avvenuta guarigione da Covid-19**

Si rilascia su richiesta dell'interessato per gli usi di legge

Luogo e data

Timbro e Firma del Medico