



AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE TEST DE ANTÍGENOS SARS-COV2 VÍA NASAL PREVIO AL CTO DE ESPAÑA BM PLAYA 2021

D. / DÑA _____ mayor de edad, con

DNI: _____ en calidad de padre / madre / tutor de

_____ con DNI: _____

y fecha de nacimiento ____/____/____ ,

AUTORIZO

A la realización del test de antígenos SARS-cov2 por vía nasal por parte de los servicios médicos de la FARBM el día 08 de septiembre de 2021 en las instalaciones del Actur V – Piscinas de Zaragoza, previo al desplazamiento al Cto de España de Balonmano Playa que tendrá lugar en Murcia del 09 al 12 de septiembre de 2021.

Para que así conste firmo en _____ a _____ de septiembre de 2021:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

DNI: _____

****ESTE DOCUMENTO SE DEBE ENTREGAR EN MANO A LOS SERVICIOS MÉDICO CORRECTAMENTE CUMPLIMENTADO. EN CASO DE NO ESTAR CORRECTO, NO SE REALIZARÁ LA PRUEBA****