ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᑲᑎᒪᔨᑦ
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVIK
NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES

Attestation de résultat négatif pour la COVID-19

Par la présente,

Je soussigné(e), _____ (nom et prénom), confirme avoir passé un test de dépistage du coronavirus (SARS-CoV-2) le _____ (date) au centre de prélèvement suivant :

Nom du centre: _____

Ville: _____

J'atteste avoir reçu un résultat **Négatif** par téléphone le _____(date).

Je comprends qu'un résultat négatif est une exigence de la direction de santé publique du Nunavik pour permettre l'entrée sur le territoire.

Signature : _____

Date : _____