##

##

## **AUTORIZACIÓN para a REALIZACIÓN PROBA PCR**

D/Dª.....................................................................................................con nº de DNI/NIE……………………………………….

Tfno Contacto ……………………………………………

Como pai/nai/titor do interesado/a (menor de idade): D/Dª.....................................................................................................con nº de DNI/NIE ……..…..................................................................

AUTORIZO ó persoal cualificado de enfemería, contratado pola FGS, a relizar unha PROBA PCR ( Test Protein Sars-Cov-2) ó meu fillo/a previa a actividade XORNADA NADAL XUNTA DE GALICIA de SQUASH 2020, Organizada pola Federación Galega de Squash, desenvolvida nas instalación do squash Club Santiago en Milladoiro ( Ames) o día 26 de decembro de 2020.

Para que así conste e surta os efectos oportunos , asínase a presente.

En ………………..……., a..….. de decembro de 2020.

**Asdo.- D/Dña ……………………………………………**