**CERTIFICAT DU RETABLISSEMENT COVID**

**A transmettre à l’adresse mail :** **passsanitaireumst@chu-reims.fr** **ou par courrier au médecin du travail de l’UMST**

*Modèle de certificat proposé si vous n’en disposez pas (En principe, disponible automatiquement sur le Site de « TousAntiCovid »)*

Je, soussigné, Docteur ……………………………………………………………………………………, certifie que :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

NOM : (en Majuscules)

PRENOM : …………………………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

DATE DE NAISSANCE :

a présenté une infection par le coronavirus, attestée par un résultat positif de RT-PCR Covid (et non un test antigénique) en date du **(Ce test doit dater de plus de 11 jours et de moins de 6 mois)** :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

Ce certificat a une durée de validité de 6 mois à compter de la date de la RT-PCR Covid, soit jusqu’au :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

Tampon :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

Date :

Signature :