El Sr./La Sra.

con núm. de colegiado/a: y NIF

MANIFIESTO:

Que el/la Sr./Sra.:

con NIF núm.:

es actualmente trabajador/colaborador del centro/consulta de mi titulariad.

A los efectos de su presentación en el laboratorio de análisis clínicos Cerba para acogerse al convenio con el CFC para la realización de pruebas COVID-19.

, Sele de Selecciona el me de 2020.

Firmado: