**Covid19 test for dagpendler iht forskrift om smitteverntiltak mv. ved koronautbruddet (covid-19-forskriften) §6b.**

Den ansatte varsles kun ved positivt svar.

Fylles ut av arbeidsgiver (skriv gjerne på pc, teksten må være leselig):

**Navn:**

**Fødselsnummer:**

**Bostedsadresse:**

**Oppholdsadresse/firmaadresse:**

**Telefonnummer:**

**Fakturainformasjon:**

Firma:

Organisasjonsnummer:

Merk:

Adresse:

**Fylles ut av teststasjon:**

Dato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signatur: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_