**Formulario de certificación de prueba**

*Doy fe de que esta documentación es una representación verdadera y precisa del resultado de mi prueba más reciente, según mi leal saber y entender, y que proporcionar información falsa es castigable de conformidad con la Sección 53a-157b de Connecticut. Estatutos Generales con multa de no más de $ 2,000 o pena de prisión de no más de un año. Entiendo que es posible que se comuniquen conmigo y se me solicite que proporcione documentación adicional del resultado de mi prueba para su verificación.*

Nombre:

Título Professional:

Fecha de Nacimiento:

Nu. de Empleado:

Agencia o Dept.

Correo Electrónico:

Tel. Celular: Tel. de Casa: Tel. de Trabajo:

Nombre del Proveedor de Pruebas:

Dirección del Proveedor de Pruebas:

Fecha de la Prueba:

Si no tiene acceso a un teléfono inteligente o computadora, puede enviar su información por correo electrónico a [Statecovid@wellsparkhealth.com](mailto:Statecovid@wellsparkhealth.com) o por fax al 860-678-5207 o al 860-678-5229. Asegúrese de incluir una copia de los resultados de su prueba.

Al enviar este formulario, doy fe de que entiendo que la información enviada se utilizará para determinar mi cumplimiento con los requisitos de exención, vacunación y pruebas de COVID-19 de mi empleador. Por la presente autorizo ​​a WellSpark Health, Inc., a compartir la información enviada con los representantes de Recursos Humanos de mi empleador.

Firma de Empleado: ­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_