

Potvrdenie lekára o bezinfekčnosti žiadateľa

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Trvalé bydlisko:

Týmto potvrdzujem, že menovaný / menovaná **je / nie je*** nositeľom prenosného ochorenia

(ak áno, uveďte názov ochorenia) ak mu **bola / nebola*** nariadená karanténa pre podozrenie z nákazy vyššie uvedenej choroby.

V dňa

.....
Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

* Nehodiace sa prečiarknuť.