

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) a mi **bola / nebola*** mu nariadená karanténa pre podozrenie z nákazy/nákazu vyššie uvedenej choroby.

V, dňa
Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

* Nehodiace sa prečiarknuť.