

Potvrdenie lekára o bezinfekčnosti žiadateľa

Meno a priezvisko :

Dátum narodenia :

Rodné číslo :

Bydlisko :

Týmto potvrdzujem, že menovaný/á **je / nie je*** nositeľom prenosného ochorenia (ak áno, uveďte názov ochorenia) a **bola / nebola*** mu nariadená karanténa pre podozrenie z nákazy/nákazu vyššie uvedenou chorobou.

V dňa

odtlačok pečiatky a podpis lekára

*Nehodiace sa prečiarknuť