

Potvrdenie lekára o bezinfekčnosti žiadateľa

Meno a priezvisko :

Dátum narodenia :

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 vyššieho uvedenu chorobou.

V, dňa

.....
odtlačok pečiatky a podpis lekára