



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

V....., dňa

.....
Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

*Nehodiace sa prečiarknuť.