

Potvrdenie lekára o bezinfekčnosti žiadateľa

Meno a priezvisko, titul:

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