



Potvrdenie lekára o bezinfekčnosti žiadateľ'a

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Trvalé bydlisko:

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

V....., dňa

.....
Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

* Nehodiace sa prečiarknuť.