



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

V....., dňa
Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

* Nehodiace sa prečiarknuť.