

Potvrdenie lekára o bezinfekčnosti žiadateľa

Meno a priezvisko

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