|  |
| --- |
| **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