



Potvrdenie lekára o bezinfekčnosti žiadateľa

Meno a priezvisko : _____

Dátum narodenia : _____

Adresa : _____

Rodné číslo : _____

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/nákazy vyššie uvedenou
chorobou.

V _____ dňa _____

odtlačok pečiatky a podpis lekára