

## 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/nákazu vyššie uvedenej choroby.

V ....., dňa .....

.....

Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

\* Nehodiace sa prečiarknuť.