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 mi bola / nebola nariadená karanténa pre podozrenie z nákazy / nákazu vyššie uvedenej choroby.

V ....., dňa .....

.....

Pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára

* Nehodiace sa prečiarknuť.