



## **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\*** mu nariadená karanténa pre podozrenie z nákazy/nákazu vyššie uvedenej choroby.

V....., dňa .....

Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

\* Nehodiace sa prečiarknuť.