

## 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.