

**Potvrdenie lekára o bezinfekčnosti žiadateľa**

Meno a priezvisko, titul:

Dátum narodenia:

Rodné číslo:

Bydlisko:

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/nákazu vyššie uvedenou chorobou.

V ..... dňa .....

*odtlačok pečiatky a podpis lekára*