**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 ošetrujúceho lekára

\* Nehodiace sa prečiarknuť.