BANSKOBYSTRICKÝ SAMOSPRÁVNY KRAJ

Zariadenie sociálnych služieb
Čemerica
1.mája 57/72
976 69 Pohorelá

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.