**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 ošetrujúceho lekára

 \* Nehodiace sa prečiarknuť