



Obec Prochot



Zariadenie sociálnych služieb Jesienka

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 vyššie uvedenej choroby.

V....., dňa

.....
Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

* Nehodiace sa preškrtnúť.