



Meno a priezvisko, titul:

.....

Dátum narodenia:

.....

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 infekčného ochorenia.

V dňa

odtlačok pečiatky a podpis lekára