

**Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o bezinfekčnosť fyzickej osoby**

Meno a priezvisko FO.....

Dátum narodenia.....

Bydlisko.....

Potvrdzujem, že menovaný /á/ prichádza z bezinfekčného prostredia, nie je nositeľom /kou/ prenosného ochorenia, nebola mu /jej/ nariadená karanténa pre podozrenie z nákazy.

V ..... dňa .....

.....

Pečiatka a podpis lekára