



**POTVRDENIE LEKÁRA O BEZINFEKČNOSTI  
ŽIADATEĽA O POSKYTOVANIE SOCIÁLNEJ SLUŽBY**

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/jej nariadená karanténa pre podozrenie z nákazy vyššie uvedenej choroby.

V \_\_\_\_\_, dňa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

\* nehodiace sa prečiarknut'