



Denný stacionár Pri rybníku, Nitrianska Blatnica 42, 956 05

## Potvrdenie lekára o bezinfekčnosti záujemcu o poskytovanie sociálnej služby

Meno a priezvisko	
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/nákazu vyššie uvedenou  
chorobou.

V ....., dňa .....

.....  
Odtlačok pečiatky a podpis lekára

---

\* vhodné zakrúžkujte