



**KAMJANA, n.o.**  
**Komenského 151/18, 068 01 Medzilaborce**  
**IČO: 457 389 98, DIČ: 202 358 0977**

**Potvrdenie lekára o bezinfekčnosti žiadateľa o sociálnu službu**

Meno a priezvisko: .....

Dátum narodenia: .....

Trvalé bydlisko: .....

Týmto potvrdzujem, že menovaný/menovaná **je/nie je\*** nositeľom prenosného ochorenia ..... (ak áno, uveďte názov ochorenia) a **mi bola / nebola\*** nariadená karanténa pre podozrenie z nákazy vyššie uvedenej choroby.

V....., dňa .....

.....

Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

\* Nehodiace sa prečiarknuť.