

**Vyjadrenie lekára o bezinfekčnosti žiadateľa o umiestnenie
v zariadení sociálnych služieb**

Žiadateľ: (meno)..... (priezvisko).....

Narodený/á: (deň, mesiac, rok) (miesto) (okres)

Bydlisko:

Prílohy:

a) *popis RTG snímku pľúc nie starší ako 1 mesiac*

b) potvrdenie o tom, že žiadateľ nie je bacilonosič: výter z nosa, z hrdla, z rekta

Dátum:

Podpis a pečiatka lekára