

**Potvrdenie o bezinfekčnosti**

**Žiadateľ o sociálnu službu:** .....  
meno a priezvisko

**Narodená/ý:** .....  
deň, mesiac a rok miesto

**Trvalý pobyt (súčasný pobyt):**  
.....

**Bezinfekčnosť prostredia:**  
.....

**Potvrdzujem:** pozitívne/negatívne

**TT:** .....

**TN:** .....

**TR:** .....

**Akými ochoreniami žiadateľ o sociálnu službu trpí v súčasnej dobe:**

**Svrab:** .....

**Pedikulóza:** .....

**Pred nástupom do zariadenia sa vyžaduje potvrdenie o zdravotnom stave od ošetrojúceho lekára, ktoré nesmie byť staršie ako 7 dní (pedikulóza, svrab)**

V ....., dňa.....

Podpis a pečiatka lekára