

**MESTSKÝ ÚRAD, Odbor sociálnych vecí,**

**Oddelenie sociálnej a krízovej intervencie**

**Zariadenie núdzového bývania pre rodiny s deťmi KOTVA – útulok**

**Zariadenie dočasného ubytovania KOTVA**

**POTVRDENIE O VYKONANÍ VYŠETRENIA**

**NA BACILONOSIČSTVO**

Potvrdzujem, že:

**Meno a priezvisko:** ...................................................................................................................................

**Dátum narodenia:** ............................................................ **Rodné číslo:** ..............................................

**Trvalý pobyt:** ........................................................................................................ **PSČ:** ......................

**Bol/a vyšetrený/á na bacilonosičstvo s výsledkom:** ...............................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

Dňa …........................................

 ….................................….......................................

 pečiatka a podpis lekára