**MESTSKÝ ÚRAD, Odbor sociálnych vecí**

**Oddelenie služieb dlhodobej starostlivosti**

**VYJADRENIE LEKÁRA O BEZINFEKČNOSTI ŽIADATEĽA O POSKYTOVANIE SOCIÁLNEJ SLUŽBY**

**Žiadateľ/ka:**

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

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

 **Trvalý/ prechodný pobyt:** .........................................................................................................................

 **Kontaktné údaje:**

 **Telefón:** ...................................................... **E-mail:** ..................................................................................

1. Popis rtg snímku pľúc nie starší ako 1 mesiac. V prípade ochorenia hrudných orgánov sa musí priložiť i vyjadrenie územne príslušného odborného lekára pre choroby pľúc a tuberkulózy.
2. Prehlásenie ošetrujúceho lekára o bezinfekčnosti prostredia, že nebola nariadená karanténa.
3. Potvrdenie o tom, že žiadateľ nie je bacilonosič.

Dňa ….............................

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

 pečiatka a podpis lekára