



Příloha č. 3.5.
Potvrzení o bezinfekčnosti
Vnitřní dokument
Platnost od 1.5.2024



POTVRZENÍ O BEZINFEKČNOSTI

žadatele o sociální službu v domově se zvláštním režimem

Jméno a příjmení:	
Datum narození:	
Potvrzuji tímto, že výše uvedený žadatel o sociální službu v Domově Přístav netrpí akutním infekčním onemocněním a nemá nařízenou karanténu.	
Den vydání potvrzení:	
Potvrzení vydal: (razítko zdravotnického zařízení, podpis)	

Žadatel o službu stvrzuje níže uvedeným podpisem, že mu není známo, že by v posledních 14 dnech přišel do styku s osobami, které onemocněly infekčním onemocněním.	
Datum a podpis žadatele:	