



**Příloha č. 3.5.**  
Potvrzení o bezinfekčnosti  
Vnitřní dokument  
Platnost od 1.7.2024



## POTVRZENÍ O BEZINFEKČNOSTI

žadatele o sociální službu v domově se zvláštním režimem

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

<b>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.</b>	
<b>Datum a podpis žadatele:</b>	