

Lekárske potvrdenie:

„Nosenie rúška s prekrytím dýchacích ciest t.j. úst a nosa“

Týmto potvrdzujem,

Meno lekára paličkovým písmom alebo pečiatka

že

Meno a priezvisko

Dátum narodenia

**nemôže nosiť rúško s prekrytím úst a nosa zo zdravotných dôvodov.
Podpísaním tohto certifikátu potvrdzujem, že nosenie rúška s
prekrytím úst a nosa, môže byť pre zdravie tejto osoby škodlivé.**

Miesto, Dátum

Podpis lekára

Medical certificate:

„Wearing of a mouth-nose cover“

I hereby confirm,

Name of Physician in capitals / stamp

that

Given Name, Family Name

Date of birth

cannot wear a mouth-nose cover/“Community mask” due to an underlying medical condition. By signing this certificate, I certify that wearing a face covering would be injurious to the health and well-being of the person named.

Place, Date

Physician's signature