

# 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