……
Pieczęć jednostki organizacyjnej

ZAŚWIADCZENIE O AKTUALNYM STANIE ZDROWIA

Pan(i)……....
(imię nazwisko)

Data urodzenia: ..... …….....……

Zamieszkały(a) w ……..…….…..

Rozpoznanie:……

……..

……..

.....dnia……. ……
(podpis i pieczęć lekarza
przeprowadzającego badanie)