

Warszawa , dnia 20.2.2024r.
(miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię Weronika Ramus

Data urodz. 03 kwiecień 2002 PESEL 02240307460

Nazwa i nr dowodu tożsamości*

Zamieszkały(a)..... -----

Cel wydania zaświadczenia.....

.. Z uwagi na stan zdrowia w dniach 19-23.2.2024r Pacjentka niezdolna do uczestnictwa w zajęciach
szkolnych / akademickich. Wskazany odpoczynek, unikanie wysiłku fizycznego oraz umysłowego.
Z uwagi na zakaźny charakter objawów autoizolacja domowa.
.....
.....

Jakub Holda
LEKARZ
3876621

* Wypełniać tylko w przypadkach uzasadnionych.

(pieczęć i podpis lekarza)