**POTVRZENÍ**

Potvrzuji, že ............................................................................................ narozen/a dne.........................

student/ka Univerzity Karlovy, Lékařské fakulty v Plzni

1. absolvoval/a v době studia na LF v Plzni dne ...............................................................................

**kompletní očkování** proti virové hepatitidě B dle § 9 vyhlášky MZ ČR č. 537/2006 Sb. **třemi dávkami očkovací látky** dle řádného schématu

1. má **dostatečné množství protilátek proti HbsAg přesahujícím 10IU/litr** (v případě, že byl/a očkován/a před nástupem na fakultu)
2. byl/a **z důvodu nízké hladiny protilátek** v rozmezí 1 až 9,9 IU/litr **přeočkován/a alespoň jednou dávkou vakcíny**

správnou variantu prosím viditelně zakroužkujte/označte na tomto formuláři

Datum: .............................................................

 razítko, podpis lékaře