



## POTVRZENÍ O OČKOVÁNÍ PROTI SPALNIČKÁM A VIROVÉ HEPATITIDĚ B

JMÉNO A PŘÍJMENÍ UCHAZEČE O STUDIUM

OSOBNÍ ČÍSLO

DATUM NAROZENÍ

ADRESA TRVALÉHO POBYTU (POPŘÍPADĚ MÍSTO POBYTU NA ÚZEMÍ ČR U CIZINCŮ)

A) Potvrzuji, že výše jmenovaný/á uchazeč/ka o studium na Lékařské fakultě v Plzni Univerzity Karlovy

absolvoval/a očkování proti spalničkám  
neabsolvoval/a očkování proti spalničkám z důvodu:

PODPIS A RAZÍTKO POSKYTOVATELE ZDRAVOTNÍCH  
SLUŽEB V ČR\*)

DATUM

B) Potvrzuji, že výše jmenovaný/á uchazeč/ka o studium na Lékařské fakultě v Plzni Univerzity Karlovy

absolvoval/a poslední dávku očkování proti hepatitidě B v posledních deseti letech  
absolvoval/a poslední dávku očkování proti hepatitidě B před více než deseti lety  
neabsolvoval/a očkování proti hepatitidě B z důvodu:

má dostatečnou ochrannou hladinu protilátek prokázanou testem titru protilátek proti HBsAg  
ze dne

prokazatelně prodělal/a onemocnění virovou hepatitidou B

PODPIS A RAZÍTKO POSKYTOVATELE ZDRAVOTNÍCH  
SLUŽEB V ČR\*)

DATUM

