**Zaświadczenie o przeprowadzonym lekarskim badaniu kwalifikacyjnym w „Programie szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Żary w wieku 65 lat i więcej na lata 2021-2025”** (wzór)

|  |
| --- |
| *(pieczęć nagłówkowa podmiotu)*W wyniku przeprowadzonego w dniu ………….….. o godz. …………. lekarskiego badania kwalifikacyjnego zaświadcza się, że:u Pana/i ........................................................... urodzonego/ej w dniu ................................. zamieszkałego/ej w ...................................................................................................................................................................nr PESEL\* .....................................................□ stwierdzono brak przeciwwskazań do przeprowadzenia szczepienia ochronnego przeciw grypie□ stwierdzono następujące przeciwwskazania do przeprowadzenia szczepienia ochronnego przeciw grypie: ..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................DODATKOWE UWAGI LUB ZALECENIA LEKARZA:..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................., dnia ................................ *(miejscowość) (data)*  …………................................ *(pieczęć i podpis lekarza)**\* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL* |