Главному врачу

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина РБ)

Заявление

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживающий (ая) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(адрес места жительства (места пребывания))

прошу выдать мне сертификат о прохождении вакцинации против инфекции COVID-19.

Паспортные данные:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | На русском языке (страница 31 паспорта) | На латинице(страница 33 паспорта) |
| Фамилия |  |  |
| Имя |  |  |
| Отчество  |  | Не требуется |
| Дата рождения (число, месяц, год) |  |
| Паспорт (серия и номер) |  |
| Личный (идентификационный номер) |  |

Достоверность паспортных данных подтверждаю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата вакцинации: V1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, |  | V2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Серия вакцины: V1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, |  | V2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Сертификат получен.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |