\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ārstniecības iestāde)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(personas vārds, uzvārds)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(personas kods)

**Apliecinājums**

Ar savu parakstu apliecinu, ka atbilstu šādai personu grupai (atzīmēt atbilstošo):

* Persona, kura dzīvo vienā mājsaimniecībā vai nodrošina regulāru un ilgstošu bērnu aprūpi, kuram ir noteiktas hroniskas un imūnsupresējošas slimības \_

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

(*norāda bērna vārdu, uzvārdu, personas kodu*);

* Persona, kura mājās aprūpē smagi slimu personu (kurai ir neatgriezeniskie funkcionālie traucējumi vai/un kurš medicīnisku iemeslu dēļ nevar nokļūt ārstniecības iestāde)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*norāda aprūpējamās smagi slimās personas vārdu, uzvārdu, personas kodu*).

Datums\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/paraksts/