Главному врачу
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(Ф.И.О. гражданина РБ)

Заявление

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 (Ф.И.О.)

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

Сертификат получен.

 Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_