

\_\_\_\_\_  
(Ime in priimek prosilca)

\_\_\_\_\_  
(Kraj, ulica in hišna številka)

\_\_\_\_\_  
(Pošta)

## IZJAVI

Spodaj podpisani (a) \_\_\_\_\_ rojen(a) \_\_\_\_\_  
Ime in priimek Dan, mesec, leto

v/na \_\_\_\_\_, s stalnim prebivališčem v/na \_\_\_\_\_  
Kraj

\_\_\_\_\_  
Kraj, ulica, hišna številka

Izjavljam, da nimam dvojnega državljanstva in da z dnem nastopa vojaške službe ne bom član(ica) nobene politične stranke.

V/na \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_  
Kraj Datum

\_\_\_\_\_  
Podpis