

---

(Ime in priimek kandidata/ke)

---

(Kraj, ulica in hišna številka)

---

(Pošta)

**I Z J A V A**  
**O ZDRAVSTVENI SPOSOBNOSTI**

Podpisani/a \_\_\_\_\_, EMŠO \_\_\_\_\_, ki sem bil/a dne \_\_\_\_\_ ocenjen kot \_\_\_\_\_ za vojaško službo izjavljam, da se moje zdravstveno stanje, ki bi vplivalo na oceno sposobnosti za vojaško službo, ni spremenilo in da brez vednosti izbranega osebnega zdravnika nisem bil dodatno obravnavan pri specialistih različnih specialnosti ali psihologu, opravljal terapij oziroma jemal novih zdravil.

Izjavo dajem kot kandidat/ka za sklenitev pogodbe o opravljanju vojaške službe v rezervni sestavi Slovenske vojske in se lahko uporablja samo v ta namen.

Datum: \_\_\_\_\_

---

(Podpis)