

---

---

---

(Ime in priimek, naslov, pošta)

**IZJAVA  
O ZDRAVSTVENI SPOSOBNOSTI**

Podpisani/a \_\_\_\_\_, EMŠO \_\_\_\_\_, ki sem bil/a dne \_\_\_\_\_ ocenjena/a 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/a dodatno obravnavan/a pri specialistih različnih specialnosti ali psihologu, opravljal/a terapij oziroma jemal/a novih zdravil.

Soglasje dajem kot kandidat/ka za napotitev na prostovoljno služenje vojaškega roka in se lahko uporablja samo v ta namen.

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

\_\_\_\_\_  
(Podpis)