

---

(Ime in priimek kandidata/ke)

---

(Kraj, ulica in hišna številka)

---

(Pošta)

### POTRDILO IZBRANEGA OSEBNEGA ZDRAVNIKA

Potrjujem, da kandidat/ka \_\_\_\_\_, rojen/a \_\_\_\_\_, v obdobju od datuma zadnje ocene zdravstvene sposobnosti za vojaško službo ( \_\_\_\_\_ ):

- ni bil/a zdravljen/a zaradi kronične bolezni (kot npr. bronhialna astma, sladkorna bolezen, bolezen srca in ožilja, motnje ravnotežja, bolezen ščitnice, epilepsija, rakava obolenja, povišan krvni tlak, infekcijska bolezen s posledicami, slabokrvnost, psihiatrično obolenje, bolezní odvisnosti, kronična črevesna bolezen, vnetja sečil, ipd.);
- ni imel/a bolezni ali poškodb gibal, zaradi katere je bilo potrebno operativno zdravljenje ali daljša začasna zadržanost iz dela oz. nima stanj, ki zmanjšujejo normalno funkcijo gibal (kot npr.: zvini, zlomi, izpahi, umetni sklepi, bolezni in /ali poškodbe hrbtenice, več kot dva centimetra krajše spodnje okončine, manjkajoče prste na rokah ali nogah, ipd.);
- ni jemal/a kronične terapije;
- ni bil/a v kratkotrajnem bolniškem staležu več kot trikrat letno oziroma ni bil/al v bolniškem staležu več kot en mesec.

Potrdilo se izdaja na prošnjo kandidata/ke z namenom ugotavljanja zdravstvene sposobnosti za sklenitev pogodbe o vojaški službi v rezervni sestavi Slovenske vojske in se lahko uporablja samo v ta namen.

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

---

(Podpis in žig izbranega osebnega zdravnika)