

**SOGLASJE
ZA IZVEDBO VARNOSTNEGA PREVERJANJA**

Spodaj podpisani/-a _____ rojen/-a

_____, v/na _____ s stalnim prebivališčem v/na
Dan, mesec, leto

Kraj, ulica, hišna številka

EMŠO: _____ .

elektronski naslov: _____,

telefon/mobitel _____,

dajem soglasje za varnostno preverjanje v skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov (Uradni list RS, št. 94/07 – uradno prečiščeno besedilo in 177/20) in obsegu določenem v 35. členu Zakona o obrambi (Uradni list RS, št. 103/04 – uradno prečiščeno besedilo, 95/15 in 139/20) in 5. členom Pravilnika o štipendiranju v Slovenski vojski (Uradni list RS, št. 50/08, 89/09, 53/17, 30/19, 93/20 in 187/21).

Soglasje dajem kot kandidat/kandidatka za pridobitev štipendije in napotitev na študij na ameriško vojaško akademijo West Point s pričetkom v študijskem letu 2023/24.

V/na _____, dne _____
Kraj Datum

Podpis

SOGLASJE zakonitega zastopnika ZA VARNOSTNO PREVERJANJE*
(izpolniti le v primeru, da je kandidat/kandidatka mladoletna oseba)

V skladu s tretjim odstavkom 5. člena Pravilnika o štipendiranju v Slovenski vojski (Uradni list RS, št. 50/08, 89/09, 53/17, 30/19, 93/20 in 187/21)

spodaj podpisani/-a _____ rojen/-a _____
Ime in priimek zakonitega zastopnika Dan, mesec, leto

v/na _____, s stalnim prebivališčem v/na _____
Kraj

Naslov, hišna številka, kraj

kot zakoniti zastopnik soglašam, da se opravi varnostno preverjanje v skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov (Uradni list RS, št. 94/07 – uradno prečiščeno besedilo in 177/20) in obsegu določenem v 35. členu Zakona o obrambi (Uradni list RS, št. 103/04 – uradno prečiščeno besedilo, 95/15 in 139/20) in 5. členom Pravilnika o štipendiranju v Slovenski vojski (Uradni list RS, št. 50/08, 89/09, 53/17, 30/19, 93/20 in 187/21) za:

Ime in priimek kandidata/kandidatke

rojenega/-e _____ v _____ s stalnim
Dan, mesec, leto Kraj

prebivališčem v/na _____
Naslov, hišna številka, kraj

EMŠO: _____.

Soglasje dajem kot zakoniti zastopnik kandidata/kandidatke v postopku za pridobitev štipendije in napotitev na študij na ameriško vojaško akademijo West Point s pričetkom v študijskem letu 2023/24.

V _____, dne _____
Kraj Datum

podpis zakonitega zastopnika*