|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| (ime in priimek, naslov, pošta) |

# IZJAVA

# O ZDRAVSTVENI SPOSOBNOSTI

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Podpisani/a |  | | | | , | EMŠO |  | | , |
| ki sem bil/a dne | |  | ocenjen/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.

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum: |  |  |  |
|  |  |  | (podpis) |