|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| (ime in priimek, naslov, 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, bolezni srca in ožilja, motnje ravnotežja, bolezen ščitnice, epilepsija, rakava obolenja, povišan krvni tlak, infekcijska bolezen s posledicami, slabokrvnost, psihiatrično obolenje, bolezni odvisnosti, kronična črevesna bolezen, vnetja sečil, ipd.);
* ni imel/a bolezni ali poškodbe 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 službi v rezervni sestavi Slovenske vojske in se lahko uporablja samo v ta namen.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum: |  |  |  |
|  |  |  | (podpis in žig izbranega osebnega zdravnika) |