

---

(Ime in priimek kandidata/ke)

---

(Kraj, ulica in hišna številka)

---

(Pošta)

**I Z J A V A**  
**O ZDRAVSTVENI SPOSOBNOSTI**  
(če ste bili že ocenjeni po predpisih)

Podpisani/a \_\_\_\_\_, EMŠO \_\_\_\_\_

izjavljam, da se:

1. moje zdravstveno stanje, ki bi vplivalo na oceno sposobnosti za vojaško službo, ni spremenilo.
2. je moje zdravstveno stanje, ki bi vplivalo na oceno sposobnosti za vojaško službo, spremenilo.

*(Ustrezno obkrožite.)*

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

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

---

(Podpis)