
назив здравствене установе

место

ПОТВРДА

На основу прегледа реализованог дана _____. _____ . _____ . године, потврђује се да је _____, ЈМБГ: _____
(презиме и име)

здравствено способан/на и да ИМА – НЕМА * ограничење да приступи провери физичке способности за упис у Средњу стручну војну школу „1300 каплара”.

ПРЕГЛЕД РЕАЛИЗОВАО:

(потпис и факсимил лекара)

НАПОМЕНА:* заокружити тачан одговор.

(Преглед реализовати 10 дана пре провере, а предметну потврду доставити војној школи непосредно пре провере физичке способности. Уколико постоји ограничење, на полеђини обрасца написати образложење и оверити факсимилом и потписом).