

назив здравствене установе

место

## ПОТВРДА

На основу прегледа реализованог дана \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . године, потврђује се да је

\_\_\_\_\_, ЈМБГ: \_\_\_\_\_,  
презиме и име кандидата

здравствено способан и да ИМА – НЕМА \* ограничења да приступи провери физичке способности за упис у средње војне школе.

## ПРЕГЛЕД РЕАЛИЗОВАО:

\_\_\_\_\_  
(потпис и факсимил лекара)

напомена: \* заокружити тачан одговор.

(Преглед реализовати најраније 10 дана пре провере, а предметну потврду доставити војној школи непосредно пре провере физичке способности. Уколико постоји ограничење, на полећини обрасца написати образложење).