
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 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 полеђини обрасца написати образложење и оверити факсимилом и потписом).