

\_\_\_\_\_  
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).