

S O G L A S J E

Spodaj podpisani _____, rojen
_____,

s stalnim prebivališčem
_____,

soglašam, da se v skladu z določili 25. člena zakona o tajnih podatkih (Uradni list RS, št. 87/01) v zvezi z varnostnim preverjanjem za izdajo dovoljenja za dostop do tajnih podatkov pri mojem osebnem zdravniku _____ preverijo naslednji podatki:

1. Ali ste osebo, za katero se vodi postopek varnostnega preverjanja za izdajo dovoljenja za dostop do tajnih podatkov, kdaj zdravili, jo zdravite oziroma ste jo napotili na zdravljenje zaradi odvisnosti od alkohola, drog ali drugih zasvojenosti?
2. Ali za navedeno osebo obstajajo znaki, da je trenutno odvisna od alkohola, drog ali drugih zasvojenosti?
3. Če je na prvo ali drugo vprašanje odgovor da, prosim posredujte podatke o zdravstvenem stanju, vzrokih, okoliščinah in posledicah tega stanja.

V skladu s tretjim odstavkom 51. člena zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 9/92, 37/95, 8/96, 90/99, 98/99, 31/00 in 45/01), dovoljujem posredovanje navedenih podatkov pooblaščenim pripadnikom obveščevalno-varnostne službe ministrstva za obrambo, slovenske obveščevalno-varnostne agencije oziroma ministrstva za notranje zadeve, v okviru postopka za izdajo dovoljenja za dostop do tajnih podatkov.

V _____, dne _____

(PODPIS PREVERJANE OSEBE)