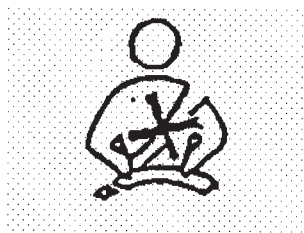


PRILOGA

**ZDRAVNIŠKO POTRDILO
O IZVZEMU OD UPORABE VARNOSTNEGA PASU
V CESTNEM PROMETU**



.....
(ime in priimek osebe)

.....
(EMŠO)

.....
(rojstni podatki)

.....
(naslov)

je zaradi zdravstvenih razlogov upravičen(a) do izvzema od uporabe varnostnega pasu v cestnem prometu do.....
(mesec in leto ponovnega pregleda)

Kraj, datum izdaje potrdila.....

Člani zdravstvene komisije:

.....
(ime priimek)

.....
(podpis)

.....
(ime priimek)

.....
(podpis)

.....
(ime priimek)

.....
(podpis)