

PRILOGA 2

OBVESTILO O POBEGU OSEBE

Številka:

Datum:

Na podlagi prvega odstavka 10. člena Pravilnika o načinu sodelovanja med zdravstvenim osebjem in reševalno službo ter policijo (Uradni list RS, št. 44/09) vlaga

Podatki o izvajalcu zdravstvenih oziroma socialno varstvenih storitev
Naziv izvajalca:
Organizacijska enota:
Naslov:
Telefon:
Ime in priimek direktorja oziroma zdravnika:

Podatki o osebi
Priimek in ime:
Datum in kraj rojstva:
Prebivališče:
Datum in čas pobega:
Okoliščine in pričakovano smer pobega:
Osebni opis osebe (telesne značilnosti, oblačila):
Znana in pričakovana stopnja ogrožanja sebe ali drugih:
Ime in priimek direktorja zavoda oziroma zdravnika: