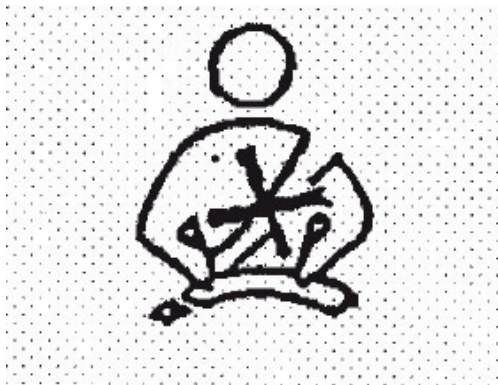




**ZDRAVNIŠKO POTRDILO O  
IZVZEMU OD UPORABE  
VARNOSTNEGA PASU  
V CESTNEM PROMETU**

POOBlašČeni izvajalec zdravstvene dejavnosti

\_\_\_\_\_

.....

(ime in priimek osebe)

.....

(rojstni datum)

.....

(naslov)

je zaradi zdravstvenih razlogov za:

- nedoločen čas
- določen čas, do .....  
(mesec in leto ponovnega pregleda)

upravičen(a) do izvzema od uporabe varnostnega pasu v cestnem prometu.

Ime, priimek in podpis zdravnika specialista medicine dela, prometa in športa:

Žig:

V ....., dne .....