

**MNENJE O NEUPRAVIČENOSTI OD IZVZEMA OD UPORABE VARNOSTNEGA PASU
V CESTNEM PROMETU ZARADI ZDRAVSTVENIH RAZLOGOV**

POOBlašČeni izvajalec zdravstvene dejavnosti

.....

(ime in priimek osebe)

.....

(rojstni datum)

.....

(naslov)

NI upravičen(a) do izvzema od uporabe varnostnega pasu v cestnem prometu zaradi zdravstvenih razlogov.

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

Žig:

V, dne