

PRILOGA 2

**ZDRAVNIŠKO POTRDILO O
RAZLOGIH ZA PREKINITEV OZIROMA PODALJŠANJE PREKINITVE IZVRŠEVANJA KAZNI
ZAPORA**

Obsojencu

(ime in priimek)

rojenemu, stanujočemu

se izdaja zdravniško potrdilo za namen vložitve prošnje za:

a) prekinitve izvrševanja ali

b) podaljšanje prekinitve izvrševanja kazni zapora,

ker zaradi:

– hude bolezni,

– poškodbe ali

– zdravljenja, ki ni bolnišnično zdravljenje,

v zavodu za prestajanje kazni zapora ni mogoče zagotoviti potrebne zdravstvene oskrbe.

Opis razlogov, ki narekujejo nujnost prekinitve/podaljšanja prekinitve prestajanja kazni zapora:

.....

.....

IZJAVA

..... izjavljam, da je obsojencu

(ime in priimek zdravnika)

(ime in priimek obsojenca)

iz zgoraj navedenega zdravstvenega razloga potrebna prekinitve/podaljšanje prekinitve izvrševanja kazni zapora,

za obdobje od in predvidoma do

Kraj in datum:

.....

..... (podpis zdravnika)

Žig