

**Priloga 4**

**Zdravniško potrdilo**

o opravljenem zdravstvenem pregledu s svetovanjem pri izbranem osebnem zdravniku zaradi vožnje motornega vozila pod vplivom alkohola

Potrjujem, da sem dne \_\_\_\_\_ v moji ambulanti opravil(a) zdravstveni pregled s svetovanjem pri  
\_\_\_\_\_, roj. \_\_\_\_\_.

Svetovalni razgovor je bil opravljen, ker je bil voznik prvič pravnomočno kaznovan zaradi prekrška vožnje pod vplivom alkohola.

Kraj: \_\_\_\_\_

Podpis in žig izbranega osebnega zdravnika

Žig ambulante

\_\_\_\_\_