

Priloga 6. POTRDILO O IZPOLNJEVANJU POGOJEV ZA REŠEVALCA NA SMUČIŠČU



**REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE**

potrjuje, da

ime in priimek

izpolnjuje pogoje za

REŠEVALCA NA SMUČIŠČU

Številka: _____

Datum: _____

Velja do: _____

M.P.

pooblaščenca oseba Ministrstva za zdravje