

.....  
naziv zdravstvene ustanove

Broj.....

.....  
mjesto

Datum.....

Na osnovu Pravilnika o zdravstvenim pregledima za utvrđivanje zdravstvene sposobnosti za nabavljanje, držanje ili držanje i nošenje oružja i municije( Sl.gl. RS br.....)

izdaje se;

**U V J R E N J E**  
**Z D R A V S T V E N O J S P O S O B N O S T I**  
**za nabavljanje, držanje ili držanje i nošenje oružja i municije**

Prezime,(ime oca) , ime .....

Mjesto.....datum i god. rođenja.....

Mjesto stanovanja.....

Adresa.-ulica ..... br. ....

JMB.....LK.....

Na osnovu raspoložive dokumentacije, anamnestičkih podataka, specijalističkih pregleda, objektivnog nalaza ocijenjeno je da je pregledani –a :

.....

**za**.....

Napomena:.....

(Ocjena zdravstvene sposobnosti po ovom uvjerenju, podliježe reviziji pri svakoj promjeni zdravstvenog stanja).

*M.P.*

.....  
*spec. medicine rada*