**IZJAVA**

Ja\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(Ime i prezime, OIB, adresa prebivališta)**

izjavljujem pod materijalnom, moralnom i kaznenom odgovornošću da ne bolujem on nikakvih kroničnih, psihičkih bolesti te bolesti ovisnosti, niti imam propisano redovno uzimanje terapije od strane medicinskih specijalista.

Izjavu dajem u svrhu izdavanja uvjerenja o zdravstvenoj sposobnosti.

U Zagrebu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Datum) (Potpis)