

\_\_\_\_\_  
Naziv zdravstvene organizacije, zasebnega zdravnika (izbranega osebnega zdravnika)

\_\_\_\_\_  
naslov oziroma sedež (naselje, ulica, številka)

**POTRDILO IZBRANEGA OSEBNEGA ZDRAVNIKA**  
**ŠT. \_\_\_\_\_**

Potrjujem, da je \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(ime, priimek, datum rojstva, naslov)

upravičen do pridobitve parkirne karte v skladu s 53. členom Zakona o varnosti cestnega prometa (Uradni list RS, št. 97/05 – UPB2 in 108/05), ki določa naslednje upravičence:

- oseba, ki ima zaradi izgube, okvare ali paraliziranosti spodnjih ali zgornjih okončin ali medenice priznana najmanj 60% telesno okvaro,
- oseba z multiplo sklerozo in oseba z mišičnimi in živčno mišičnimi obolenji z ocenjeno najmanj 30% telesno okvaro,
- težko telesno prizadeta oseba, ki ji je zaradi tega priznana invalidnost po predpisih o varstvu telesno in duševno prizadetih oseb,
- težko duševno prizadeta osebo, ki ji je zaradi tega priznana invalidnost po predpisih o varstvu telesno in duševno prizadetih oseb,
- oseba, ki je slepa,
- mladoletna oseba, ki je težko telesno ali duševno prizadeta oziroma je zaradi izgube, okvare, paraliziranosti spodnjih okončin ali medenice ovirana pri gibanju.

Datum \_\_\_\_\_

žig

\_\_\_\_\_  
(podpis)