

Priloga 5 – OBRAZEC POTRDILA IZBRANEGA OSEBNEGA ZDRAVNIKA
(izpolnjevanje pogojev iz 1. do 6. točke prvega odstavka 66. člena ZPrCP (Uradni list RS, št. 109/10))

(naziv zdravstvene organizacije, zasebnega zdravnika – izbranega zasebnega zdravnika)

(naslov oziroma sedež – naselje, ulica, številka)

POTRDILO IZBRANEGA OSEBNEGA ZDRAVNIKA/CE
št. _____

Potrjujem, da je _____

(ime, priimek, datum rojstva, naslov)

upravičen/a do pridobitve parkirne karte v skladu s 66. členom Zakona o pravilih cestnega prometa (Uradni list RS, št. 109/10), 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,
- oseba z mišičnimi in živčno-mišičnimi obolenji z ocenjeno najmanj 30% telesno okvaro,
- težko duševno prizadeta oseba, ki ji je zaradi tega priznana invalidnost po predpisih o varstvu telesno in duševno prizadetih oseb,
- oseba, ki ima najmanj 90% telesno okvaro zaradi izgube vida,
- 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 zdravnika/ce)