
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. 25/2006 – UPB3), 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)