**ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI**

Já, níže podepsaný/á

Jméno, příjmení:

Datum narození:

Služební zařazení, jednotka:

Adresa místa trvalého pobytu:

Prohlašuji na základě znalosti svého zdravotního stavu, že mám potřebnou zdravotní způsobilost k absolvování vojenského cvičení formou e-learningu a můj zdravotní stav se od posledního vojenského cvičení nezměnil - změnil\*)

\*) nehodící se škrtněte

V případě závažné změny zdravotního stavu kontaktujte příslušného vojenského poskytovatele pracovně lékařských služeb.

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_