

Podpisani(a) \_\_\_\_\_, roj. \_\_\_\_\_,

s to izjavo zaprošam svojega izbranega osebnega zdravnika, da v skladu z 2. odstavkom 13. člena Pravilnika o preventivnih zdravstvenih pregledih delavcev (Uradni list RS, št. 87/2002, 29/2003, 124/2006, 43/2011 – ZVD-1), posreduje relevantno zdravstveno dokumentacijo (osebni zdravstveni karton oziroma izpis ključnih podatkov) zdravniku medicine dela, prometa in športa za namen preventivnega zdravstvenega pregleda.

Dokumentacijo prosim posredujte na naslov:

**Center Vitalizacije**

**Roška cesta 25**

**1000 Ljubljana**

Zavedam se, da gre za posredovanje varovanih osebnih podatkov in z izjavo izrecno soglašam s tovrstnim posredovanjem v naveden namen.

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

Kraj in datum: \_\_\_\_\_