**ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU   
PO ABSOLVOVÁNÍ VOJENSKÉHO CVIČENÍ**

Já, níže podepsaný/á

Jméno, příjmení:

Datum narození:

Služební zařazení, jednotka:

Adresa místa trvalého pobytu:

Prohlašuji na základě znalosti svého zdravotního stavu, že se v průběhu vojenského cvičení od…....... do………… formou e-learningu můj zdravotní stav nezměnil - změnil\*).

\*) nehodící se škrtněte

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

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

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