

Ime in priimek
Dr. medicine - specialist psihiatrije
NASLOV.....
TELEFONSKA ŠT.:.....
/tel. št. psihiatrične ambulante/

POTRDILO O ZDRAVNIŠKEM PREGLEDU

Ja, spodaj podpisani/a
Dr. medicine in specialist psihiatrije potrjujem, da je
gospod /gospa
rojen/a v dne,
s stalnim prebivališčem v
v dobrem psihičnem stanju in da ni psiholoških ovir za posvojitvev otroka v tujini.

Podpis in osebni žig specialista za psihiatrijo

Dne:
Podpis:
Žig

Zdravniška zbornica Slovenija – Nacionalni svet:
Dr. je redno vpisan v register Zdravniške
zbornice
pod št.
ŽIG