

Priloga 6. POTRDILO O USPOSOBLJENOSTI REŠEVALCA NA SMUČIŠČU



**REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE**

potrjuje, da je

ime in priimek

usposobljen-a

REŠEVALEC/REŠEVALKA NA SMUČIŠČU

Številka: _____

Datum: _____

Velja do: _____

M.P.

pooblaščenca oseba Ministrstva za zdravje