



**ZDRAVSTVENI DOM
SLOVENSKE KONJICE**
Mestni trg 17
3210 Slovenske Konjice



Zaradi tveganja povračilnih ukrepov (npr. odpustitev, znižanje plače, premestitev, diskriminacija) oz. grožnje ali poskusa povračilnega ukrepa kot posledico podane prijave skladno z ZZPri, potrebujem pomoč in zaščito: **DA / NE**

Zaradi tveganja povračilnih ukrepov želim (če ste zgoraj označili »DA«, ustrezno obkrožite):

1. Informacije o pravnih možnostih
2. Potrdilo o vloženi prijavi
3. Dokazila iz postopka s prijavo
4. Drugo: _____

Izjavljam, da sem iz utemeljenih razlogov prepričan, da so moje navedbe v prijavi resnične, da jo podajam v dobri veri in da neresnična prijava pomeni kršitev zakonodaje, ki se lahko kaznuje kot prekršek s kaznijo od 400 do 1.200 EUR.

Kraj in datum: _____

Podpis prijavitelja: _____