

(попуњава подносилац захтјева)

ПРЕЗИМЕ	
ИМЕ	
ИМЕ РОДИТЕЉА	
ДАТУМ И МЈЕСТО РОЂЕЊА	
ЈМБ	
ЛИЧНА КАРТА (број и мјесто издавања)	
АДРЕСА СТАНОВАЊА	
КОНТАКТ ТЕЛЕФОН	

ОПШТИНА ПЕТРОВО
ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА ОПШТУ УПРАВУ

ПРЕДМЕТ: Захтјев за признавање права на здравствену заштиту.-

Цивилна жртва рата сам _____ групе са _____ инвалидности по рјешењу број _____ од _____ године.

Уз захтјев прилажем следећу документацију:

- рјешење о статусу ЦЖР,
- увјерење Пореске управе,
- увјерење Фонда ПИО,
- увјерење Завода за запошљавање,
- увјерење Одјељења за привреду, финансије и друштвене дјелатности да се не бави самосталном дјелатношћу,
- Увјерење Катастра,
- фотокопија личне карте,
- кућна листа.

НАПОМЕНА: Захтјев са доказима у оригиналу или овјереној фотокопији предају се у шалтер сали.

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЈЕВА

У Петрову, _____ године
