



Podnosilac zahtjeva

Obrazac: 09-21.10

Služba za boračko-invalidsku,
socijalnu zaštitu i
društvene djelatnosti

Prezime i ime

Odsjek za
boračko-invalidsku zaštitu

Adresa stanovanja

Prijemni pečat

Kontakt telefon

e-mail

**PREDMET: PRIZNAVANJE SVOJSTVA RATNOG-
MIRNODOPSKOG INVALIDA**

Vojna formacija podnosioca zahtjeva

Period i vrsta ranjavanja, povređivanja-oboljenja

Priznanje

Prvi period liječenja

POTREBNA DOKUMENTACIJA

Dokumenti	Mjesto izdavanja	Forma	Komentar
1. Prijava prebivališta-boravišta	MUP	Original ili ovjerena kopija	-
2. Uvjerenje o pripadnosti u OSBiH	FM za pitanja boraca i invalida, Grupa za pitanje evidencija	Original ili ovjerena kopija	-
3. Ljekarski nalazi iz ratnog perioda	Zdravstvena ustanova	Original ili ovjerena kopija	-
4. Novi ljekarski nalaz	Zdravstvena ustanova		Ne stariji od 6 mjeseci

TAKSE I NAKNADE

Naziv takse / naknade	Iznos	Broj računa	Poziv na broj / Komentar
-	-	-	-

Rok za pregled primljenog predmeta i priložene dokumentacije: **3 dana**
Rok za rješavanje urednog predmeta (sa potpunom dokumentacijom): **7 dana**

Izjavljujem da sam kao nosilac ličnih podataka saglasan/saglasna da se moji podaci koje Zakon o zaštiti ličnih podataka ("Sl. novine BiH" broj 49/2006, 76/2011 i 89/2011) definiše kao posebnu kategoriju podataka ukoliko to postupak zahtjeva obrađuju od strane Službe za boračko-invalidsku zaštitu, socijalnu zaštitu i društvene djelatnosti Općine Centar Sarajevo u svrhu provođenja i okončanja postupka za ostvarivanje prava za čije je rješavanje nadležna naprijed navedena Služba i ova saglasnost traje do okončanja postupka i dalje sve dok ostvarujem traženo pravo.

Napomena: Potpisom na obrascu, podnosilac zahtjeva potvrđuje saglasnost da se dokumentacija pribavlja po službenoj dužnosti ukoliko s njom raspolaže općinski organ.

Datum: ____ . ____ . 20 ____ .

Obrazac čitko popuniti !

(Potpis podnosioca zahtjeva)