



Podnosilac zahtjeva

Obrazac: 09-21.14

Služba za boračko-invalidsku i  
socijalnu zaštitu

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/CIPS	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 rješavanje urednog predmeta (sa potpunom dokumentacijom): **30 dana**

Komunikacija sa strankom će se obavljati putem elektronske pošte. Stranka je upoznata da će email adresa ubuduće biti korištena za detaljnije informacije iz Općine Centar Sarajevo.

Saglasan: DA/NE

Datum: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_.

**Obrazac čitko popuniti !**

(Potpis podnosioca zahtjeva)