

PODNOŠILAC ZAHTJEVA:

Ime (ime oca) i prezime

JMBG

Kontakt telefon

Adresa stanovanja

GRAD ŽIVINICE

**Služba za opću upravu, društvene djelatnosti, boračko invalidsku zaštitu i raseljene osobe
- Odsjek za boračko invalidsku zaštitu i raseljene osobe -**

P R E D M E T : Utvrđivanje novog procenta invalidnosti

Podnosim zahtjev nadležnoj gradskoj službi za utvrđivanje novog procenta invalidnosti zbog pogoršanja stanja nastalog usljed ranjavanja /oboljenja u OS BiH (zaokružiti osnov za priznavanje prava).

Uz zahtjev prilažem:

Red. broj	Naziv dokumenta	Forma dokumenta	Dokument izdaje/posjeduje:
1.	Rješenje o priznatom pravu na ličnu invalidninu	Ovjerena kopija	Odsjek za BIZ
2.	Medicinska dokumentacija	Original ili ovjerena kopija	Zdravstvena ustanova

Rok za rješavanje: 15 dana od dana pribavljanja nalaza ljekarske komisije; Dio postupka iz nadležnosti Ljekarske komisije nije obuhvaćen navedenim rokom.

Živinice, _____ godine

POTPIS PODNOŠIOCA
