



Подносилац захтјева		03-49
Име и презиме		(ПРИЈЕМНИ ШТАМБИЉ)
Име једног родитеља		
ЈМБ		
Адреса (мјесто, улица и број)		
Контакт телефон		

ОДЈЕЛЕЊЕ ЗА ПРИВРЕДУ И ДРУШТВЕНЕ ДЈЕЛАТНОСТИ
ОДСЈЕК ЗА БОРАЧКО-ИНВАЛИДСКУ ЗАШТИТУ
ПРЕДМЕТ: УТВРЂИВАЊЕ ОКОЛНОСТИ РАЂАВАЊА, ПОВРЕЂИВАЊА ИЛИ ПОГИБИЈЕ БОРЦА

Образложење захтјева

ДОКУМЕНТАЦИЈА			
Назив документа	Институција	Форма	Коментар
Медицинска документација	Надлежна здравствена установа	Овјерена копија	-
Лична карта	МУП	Копија	-
Изјава свједока	Одјелење за општу управу	Оригинал	-
Потврда о рањавању, повређивању, погибији	Надлежна војна пошта	Овјерена копија	-

ТАКСЕ И НАКНАДЕ			
Назив таксе/накнаде	Износ таксе/накнаде	Број рачуна	Позив на бр./коментар
-	-	-	-

Рок за рјешавање уредног предмета (са потпуном документацијом): /

Вријеме важења одлуке по захтјеву (дани): Трајно

Обавјештење: Захтјев рјешава Министарство рада и борачко-инвалидске заштите, а Одјелење за привреду и друштвене дјелатности прикупља материјалне доказе и прослеђује Министарству

(Датум подношења захтјева)

(Потпис подносиоца захтјева)