

Презиме (име оца) и име	
Адреса	
Број телефона	
ЈМБ	

ОПШТИНА НОВИ ГРАД
Општинска управа
ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА ОПШТУ УПРАВУ
Одсјек за борачко – инвалидску заштиту

ПРЕДМЕТ: Захтјев за поновну процјену војног инвалидитета по основу погоршања здравственог стања у односу на раније цијењено

Молим наслов да покрене поступак поновне процјену мог војног инвалидитета јер је дошло до погоршања здравственог стања у односу на раније цијењено.

Војни инвалид сам _____ категорије са _____ %, што ми је признато рјешењем број _____ од _____ године.

У прилогу достављам:

	Назив документа	Форма документа	Издаје га:
1.	Нова медицинска документација издана од љекара специјалисте	Оригинал	Медицинска установа
2.	Лична карта	Копија	CIPS

Нови Град, _____

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЈЕВА

НАПОМЕНА: Рок за рјешавање потпуног предмета је дана.