|  |  |
| --- | --- |
| Презиме (име оца) и име |  |
| Адреса |  |
| Број телефона |  |
| ЈМБ |  |

**ОПШТИНА НОВИ ГРАД**

**О п ш т и н с к а у п р а в а**

**ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА ОПШТУ УПРАВУ**

**Одсјек за борачко – инвалидску заштиту**

**ПРЕДМЕТ**: Захтјев за признавање статуса војног инвалида и права на личну

инвалиднину

Молим признавање статуса војног инвалида и права на личну инвалиднину.

Рањен сам, повријеђен односно озлијеђен дана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ године у мјесту \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ у предјелу (дио тијела), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_односно оболио сам у периоду ангажовања у оружаним снагама од \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (назив обољења).

У прилогу достављам:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Назив документа** | **Форма документа** | **Издаје га:** |
|  | Лична карта подносиоца захтјева | Копија | Полицијска станица |
|  | Увјерење о дужини ангажована  у оружаним снагама | Оригинал | Општина |
|  | Увјерење о околностима рањавања, повређивања или озљеђивања | Овјерена копија | Надлежна војна пошта |
|  | Медицинска документација о болести из периода ангажовања у оружаним снагама | Овјерена копија | Медицинска установа |
|  | Медицинска документација сачињену непосредно по рањавању, повређивању или озлеђивању  (а најкасније годину дана од престанка тих околности) | Овјерена копија | Медицинска установа |
|  | Налаз, оцјена и мишљење надлежних војно-љекарских комисија (уколико је подносилац захтјева оглашен привремено или трајно неспособним за вршење војне службе | Оригинал | Војно – љекарска комисија |
|  | Нова медицинска документација | Овјерена копија | Мед. установа |
|  |  |  |  |

Нови Град, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЈЕВА

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_