



УПРАВА ГРАДСКЕ ОПШТИНЕ ОБРЕНОВАЦ
Одељење за општу управу
Одсек за борачко-инвалидску заштиту и избеглице
Захтев за признавање својства ратног - мирнодопског војног
инвалида – цивилног инвалида рата

Молимо Вас да образац попуните читко штампаним словима.

1. Подаци о лицу које подноси захтев:

Име и презиме																
Јединствени матични број (ЈМБГ)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>															
Улица и број																
Контакт телефон																
e-mail																

Молим да ми утврдите својство ратног – мирнодопског војног инвалида – цивилног инвалида рата.

1. Као припадник Војне поште

_____ (за војне инвалиде - навести ВП и време проведено у јединици)

2. Као војник на одслужењу војног рока – питомац војне школе _____

_____ (навести ВП – школе и време проведено у јединици – школе)

3. Опис догађаја – околности настанка повреде, ране, озледе (време, место и начин), односно настанка болести

4. Део организма – тела који је повређен, озлеђен, рањен, као и начин лечења (болничко, амбулантно и др.) _____

ПРИЛОЗИ:

- Личну карту
- Уверење о држављанству
- Уверење војне јединице о околностима под којима је задобијена рана, повреда, озледа или болест (само војни инвалиди)
- Медицинску документацију из времена повређивања и новију медицинску документацију
- Оверену копију војне књижице и оригинал на увид (само војни инвалиди)

Датум: _____

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА

(потпис)