

ПРЕЗИМЕ:
ИМЕ:
ИМЕ ЈЕДНОГ РОДИТЕЉА:
ЈМБ
БРОЈ ЛИЧНЕ КАРТЕ И МУП:
АДРЕСА СТАНОВАЊА
ИЛИ КОНТАКТ АДРЕСА:
КОНТАКТ ТЕЛЕФОН:

**РЕПУБЛИКА СРПСКА
ОПШТИНА КОЗАРСКА ДУБИЦА
НАЧЕЛНИК
АДМИНИСТРАТИВНА СЛУЖБА
ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА ОПШТУ УПРАВУ И
БОРАЧКО ИНВАЛИДСКУ ЗАШТИТУ
Одјек за борачко-инвалидску заштиту**

ПРЕДМЕТ: Захтјев за утврђивање новог процента војног инвалидитета,

Обраћам се захтјевом да ми се у складу са чланом **93. став 1.** Закона о правима бораца, војних инвалида и породица погинулих бораца одбрамбено-отаџбинског рата Републике Српске („Службени гласник Републике Српске“, број: 46/04, 53/04 и 20/07) **утврди нови проценат војног инвалидитета**, јер је дошло до промјена у мом здравственом стању, које су од утицаја на права утврђена коначним рјешењем.

УЗ ЗАХТЈЕВ ПРИЛАЖЕМ:

1. Рјешење о утврђеном статусу,
2. Медицинску документацију.

У Коз. Дубици, _____ године

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЈЕВА
