

**UP**

Ime (ime jednog roditelja) i prezime: _____
JMB (u svrhu provjere prebivališta): _____
Adresa stanovanja / sjedišta: _____
Broj telefona, FAX-a, mobilnog telefona, e-mail adresa: _____
Adresa za dostavu pošte: _____

Općina Novi Grad Sarajevo
Služba za boračka pitanja, rad, socijalna pitanja i zdravstvo
Odsjek za boračka pitanja

Predmet: : **Zahtjev za priznavanje svojstva
ratnog/mirnodopskog vojnog invalida**

Obraćam se sa zahtjevom da mi priznate svojstvo

1. ratnog
2. mirnodopskog vojnog invalida
(zaokružiti)

Napomena za taksu: Shodno odredbi člana 8. Zakona o administrativnim taksama ("Službene novine Kantona" broj 30/01- prečišćen tekst, 22/02, 10/05 i 26/08) podnosilac zahtjeva je oslobođen plaćanja administrativne takse.

Uz zahtjev prilažem:

1. Uvjerenje nadležnog odjela Ministarstva odbrane o pripadnosti, datumu i okolnostima ranjavanja
2. Medicinska dokumentacija
3. Ostala dokumentacija po potrebi

Dokumentacija se prilaže u originalu ili ovjerenoj kopiji, ne starija od 6 mjeseci.

Rok za rješavanje: 60 dana od prijema zahtjeva.

Shodno članu 9. i 10 Zakona o zaštiti ličnih podataka („Službeni glasnik BIH“ broj; 12/25) kao nosilac gore navedenih i dostavljenih podataka saglasan/saglasna sam da nadležna služba vrši obradu istih u postupku rješavanja predmetnog zahtjeva.

Podnosilac zahtjeva

U Sarajevu _____ 2025. godine

(ime i prezime)