|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prezime (ime jednog roditelja) ime | E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Adresa podnosioca | Tel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

* + - * 1. OPĆINA STARI GRAD SARAJEVO

**Služba za boračko-invalidsku zaštitu i socijalna pitanja**

**PREDMET: ZAHTJEV ZA UPUĆIVANJE NA LJEKARSKU KOMISIJU**

Molim da me uputite na ljekarski pregled radi utvrđivanja novog procenta invalidnosti, a zbog pogoršanja zdravstvenog stanja.

**Potrebna dokumentacija:**

1. Medicinska dokumentacija

**NAPOMENA:**

Sve kopije moraju biti ovjerene.

Sarajevo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ godine

 **PODNOSILAC ZAHTJEVA**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Shodno članu 5. Zakona o zaštiti ličnih podataka („Službeni glasnik BiH”, broj: 40/06,76/11 i 89/11) kao nosilac gore navedenih i dostavljenih podataka saglasan sam da Služba za boračko-invalidsku zaštitu i socijalna pitanja vrši obradu istih u svrhu rješavanja po zahtjevu.