|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  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 PRESTANAK PRAVA NA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU**

1. Za lica starija od 65 godina
2. Za civilne žrtve rata
3. Za korisnike dječijeg dodatka
4. Za korisnike od 0 do 18 godina
5. Za lica u stanju socijalne potrebe
6. Za raseljena lica

(Zaokružiti odgovorajući redni broj)

**Potrebna dokumentacija:**

1. Rješenje o priznavanju prava na zdravstvenu zaštitu;
2. Izvod iz matične knjige umrlih ako je razlog prestanka smrt korisnika prava na zdravstvenu zaštitu;
3. Dokaz o zasnivanju radnog odnosa;
4. Dokaz da je ostvareno pravo na penziju.

**NAPOMENA:** Sve fotokopije dokumentacije moraju biti ovjerene.

Dokumentacija ne smije biti starija od 6 mjeseci.

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.