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

Korisnik sam zdravstvene zaštite po osnovu**:**

1. Lične invalidnine;
2. Porodične invalidnine;
3. Demobilisani borac.

**Uz zahtjev prilažem:**

1. Prijava mjesta prebivališta (ne starija od šest mjeseci) - CIPS prijava;
2. Dokaz o zaposlenju ili penzionisanju;
3. Izvod iz matične knjige umrlih (ukoliko je nastupila smrt).

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

**PODNOSILAC ZAHTJEVA**

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

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

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