_____
(Ime, ime oca i prezime podnosioca zahtjeva – zakonski zastupnik)

_____
(Adresa stanovanja)

_____
(JMBG)

_____
(Broj telefona)

JU CENTAR ZA SOCIJALNI RAD
DONJI VAKUF

ZAHTJEV
ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU
DJECE DO POLASKA U OSNOVNU ŠKOLU

Ja, _____ pod punom materijalnom, krivičnom i svakom drugom odgovornošću **IZJAVLJUJEM** da ne koristim traženo pravo po bilo kom drugom osnovu!

NAPOMENA: Izjavu daju roditelji djece kao dokaz da nisu osigurani po bilo kom osnovu.

U prilogu dostavljam svu potrebnu dokumentaciju za priznavanje traženog prava za dijete _____.

1. Rodni list
2. Uvjerenje o državljanstvu
3. Potvrda o prebivalištu
4. Uvjerenja od Porezne uprave za dokazivanje statusa osigurane osobe (za roditelje)
5. Uvjerenja iz Zavoda zdravstvenog osiguranja SBK – poslovnica D.Vakuf za dokazivanje statusa (za roditelje)
6. Kopija lične karte za roditelje

PODNOSIOC ZAHTJEVA

Donji Vakuf, _____godine

_____