|  |  |
| --- | --- |
| Презиме (име оца) и име |  |
| Адреса |  |
| Број телефона |  |
| ЈМБ |  |

**ОПШТИНА НОВИ ГРАД**

**О п ш т и н с к а у п р а в а**

**ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА ОПШТУ УПРАВУ**

**Одсјек за борачко – инвалидску заштиту**

**ПРЕДМЕТ:** Захтјев за поновну процјену војног инвалидитета по основу погоршања

 здравственог стања у односу на раније цијењено

Молим наслов да покрене поступак поновне процјену мог војног инвалидитета јер је дошло до погоршања здравственог стања у односу на раније цијењено.

Војни инвалид сам \_\_\_\_\_\_\_ категорије са \_\_\_\_\_\_\_\_ %, што ми је признато рјешењем број \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ од \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ године.

У прилогу достављам:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Назив документа** | **Форма документа** | **Издаје га:** |
|  |  |  |  |
|  | Нова медицинска документација издана од љекара специјалисте  | Оригинал/овјерена копија | Медицинска установа |
|  | Лична карта | Копија | Полицијска станица |

Нови Град, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЈЕВА

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_