
(име и презиме подносиоца захтјева)

(име једног родитеља)
ЈМБ: _____
БРОЈ ЛК и МУП: _____
КОНТАКТ АДРЕСА: _____
КОНТАКТ ТЕЛ: _____

**РЕПУБЛИКА СРПСКА
ОПШТИНА ЛОПАРЕ
НАЧЕЛНИК
ОПШТИНСКА УПРАВА
ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА ОПШТУ УПРАВУ
- Одсјек за управне послове**

**ПРЕДМЕТ: Захтјев за признавање права на личну инвалиднину ЦЖР
по основу _____**

Обраћам се горе наведеном наслову са захтјевом да ме упутите на првостепену љекарску комисију за оцјену инвалидности по основу _____ (рањавање, обољење) као ЦЖР. _____ сам дана _____ године у рејону _____ у предјелу _____ .

Рањен сам приликом обављања _____ .
У нади повољног рјешења мог захтјева, срдечно Вас поздрављам!

ПРИЛОГ:

- увјерење о околностима _____ ,
- медицинска документација из времена лијечења и опоравка (оригинал),
- нова медицинска документација (оригинал),
- налаз, осјена и мишљење НВЛК (по потреби),
- извод из МКР или копија личне карте.

Лопаре, _____ године.

Подносилац захтјева

УЗ ЗАХТЈЕВ ЈЕ ПОТРЕБНО ПРИЛОЖИТИ:

- увјерење о околностима,
(издаје надлежна команда или Станица јавне безбједности),
- медицинска документација из времена лијечења и опоравка (оригинал),
(издаје здравствена установа),
- нова медицинска документација (оригинал),
(издаје здравствена установа),
- налаз, осјена и мишљење НВЛК (по потреби),
(издаје Нижа војна лекарска Комисија) и
- извод из матичне књиге рођених или копија личне карте
(добија се у матичној служби у мјесту уписа или копија личне карте-овјерава се у шалтер-сали општине).

ЗАХТЈЕВ СЕ ПРЕДАЈЕ У ШАЛТЕР-САЛИ ОПШТИНЕ.

НАПОМЕНА:

Документа не смију бити старија од шест мјесеци, осим извода из матичних књига који су издати у Републици Српској.

Свака фотокопија документа мора бити овјерена код матичара или нотара.

РОК ЗА РЈЕШАВАЊЕ:

30 дана од дана пријема комплетног захтјева са прилозима.