(prezime ime oca ime) (jedinstveni matični broj)

(adresa)

(broj lične karte)

(telefon)

OPĆINA TRNOVO
Služba za opću upravu, civilnu zaštitu,
boračko-invalidsku, dječiju i socijalnu zaštitu

Predmet: Zahtjev za prestanak prava na zdravstvenu zaštitu za DB, šehidske porodice i RVI

Podnosilac zahtjeva:

_____

Trnovo, _____ godine

Prilažem ovjerene fotokopije sljedeće dokumentacije:

1. Ugovor o radu;
2. Uvjerenje fonda PIO – MIO da sam korisnik penzije;
3. Fco prijava prebivališta.

U skladu sa Zakonom o zaštiti ličnih podataka kao nosilac gore navedenih i dostavljenih ličnih podataka, saglasan/saglasna sam da nadležna služba vrši obradu istih u postupku rješavanja predmetnog zahtjeva.