



РЕПУБЛИКА СРБИЈА
ГРАДСКА УПРАВА ГРАДА ШАПЦА
ОДЕЉЕЊЕ ЗА ДРУШТВЕНЕ ДЕЛАТНОСТИ
-ОДСЕК ЗА ДЕЧИЈУ, СОЦИЈАЛНУ И ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ-

ЗАХТЕВ ЗА ПОВЕЋАЊЕ ПРОЦЕНТА ИНВАЛИДИТЕТА ВОЈНОГ ИНВАЛИДА

Решењем Градске/Општинске управе _____ број _____ од
дана _____ признато ми је својство _____ војног инвалида
_____ групе са _____ % инвалидитета по основу

Услед погоршања здравственог стања, о чему прилажем најновију медицинску документацију, подносим захтев за повећање процента инвалидитета, који одговара садашњем здравственом стању.

Уз захтев достављам:

РБ	Документа	Форма документа
1	Медицинска документација не старија од 6 месеци	Оригинал

Напомене:

Градска/општинска управа дужна је да реши предмет у року од 60 дана од дана достављања уредне документације.

У _____,

_____ године

Име и презиме подносиоца захтева

ЈМБГ

Адреса

Контакт телефон

Потпис