



Bosna i Hercegovina
Federacija Bosne i Hercegovine
Kanton Sarajevo
Općina Centar Sarajevo



74754

Podnosilac zahtjeva

Obrazac: **BIZ-09.1**

**Služba za boračko-invalidsku
i socijalnu zaštitu**

Prezime i ime

**Odsjek za
boračko-invalidsku zaštitu**

Adresa stanovanja

Prijemni pečat

Kontakt telefon

e-mail

PREDMET:

POVEĆANJE PROCENTA INVALIDNOSTI

POTREBNA DOKUMENTACIJA

Dokumenti	Mjesto izdavanja	Forma	Komentar
1. Medicinska dokumentacija	Zdravstvena institucija Ljekar specijalista	Original ili ovjerena kopija	-
2. Prijava prebivališta - boravišta podnosioca zahtjeva	MUP	Original ili ovjerena kopija	Prikuplja se po službenoj dužnosti ukoliko je podnosilac prihvatio korištenje JMBG

TAKSE I NAKNADE

Naziv takse / naknade	Iznos	Broj računa	Poziv na broj / Komentar
-	-	-	-

DOKUMENTACIJA KOJU ĆE ORGAN PRIBAVLJATI SLUŽBENIM PUTEM

Po podnošenju zahtjeva kompletan predmet se dostavlja nadležnoj prvostepenoj ljeekarskoj komisiji.

Rok za rješavanje urednog predmeta (sa potpunom dokumentacijom): **60 dana**

Komunikacija sa strankom će se obavljati putem elektronske pošte. Stranka je upoznata da će email adresa ubuduće biti korištena za detaljnije informacije iz Općine Centar Sarajevo i potvrđujem pristanak za korištenje mog Jedinstvenog matičnog broja građana u svrhu prikupljanja relevantnih činjenica po službenoj dužnosti radi postupanja po zahtjevu.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

JMBG

Saglasan: DA - NE

Datum: _____._____.20_____.

Obrazac čitko popuniti !

.....
(Potpis podnosioca zahtjeva)