



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



Podnosilac zahtjeva

Obrazac: **BIZ-09.2**

**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 broj LK

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 ljeakarskoj komisiji.

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

Stranka potvrđuje da će se komunikacija sa Općinom Centar Sarajevo odvijati putem elektronske pošte te da je upoznata s tim da će dostavljena email adresa ubuduće biti korištena za slanje detaljnijih informacija od strane Općine. Također, stranka potvrđuje i daje saglasnost za korištenje broja lične karte u svrhu prikupljanja relevantnih činjenica po službenoj dužnosti, radi postupanja po podnesenom zahtjevu.

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

BROJ LK

Saglasan: ☐ DA - ☐ NE

Obrazac čitko popuniti !

Datum: _____._____.20_____.

.....
(Potpis podnosioca zahtjeva)