

_____ (ime i prezime)

_____ (datum i mjesto rođenja)

_____ (adresa prebivališta)

_____ (OIB)

_____ (telefon, mob)

KARLOVAČKA ŽUPANIJA
Upravni odjel za hrvatske branitelje i zdravstvo

ZAHTEJEV ZA PRIZNAVANJE SVOJSTVA (zaokružiti)

- **RATNOG VOJNOG INVALIDA IZ DRUGOG SVJETSKOG RATA**
- **MIRNODOPSKOG VOJNOG INVALIDA**
- **CIVILNOG INVALIDA RATA**
- **CIVILNOG INVALIDA DOMOVINSKOG RATA**

Molim Naslov da mi prizna status _____ s osnova:

a) **oboljenja (opisati)** _____

b) **ranjavanja (opisati)** _____

c) **ozljede (opisati)** _____

zadobivenog _____

Bio sam pripadnik _____

u vremenu od: _____ **do** _____

U _____,

(datum)

(potpis podnosioca zahtjeva)

Zahtjevu prilažem:

1. presliku osobne iskaznice ili uvjerenje o prebivalištu
2. uvjerenje o okolnostima ranjavanja, ozljede
3. otpusno pismo o liječenju i drugu medicinsku dokumentaciju
4. _____