

IME I PREZIME

PREBIVALIŠTE

TELEFON, MOBITEL, MAIL

BORAVIŠTE

(ukoliko je različito od prebivališta)

GRAD ZAGREB

**GRADSKI URED ZA SOCIJALNU ZAŠTITU,
ZDRAVSTVO, BRANITELJE I OSOBE S
INVALIDITETOM**

SEKTOR ZA BRANITELJE

ZAHTJEV

1. ZA PRIZNAVANJE STATUSA RATNOG VOJNOG INVALIDA
 2. MIRNODOPSKOG VOJNOG INVALIDA
 3. CIVILNOG INVALIDA
 4. ZA UTVRĐIVANJE NOVOG POSTOTKA OŠTEĆENJA ORGANIZMA

ZAHTJEV PODNOSIM: a) prvi put b) odbijen/odbačen

IMAM PRIZNAT STATUS a) RVI b) MVI c) CIR d) HRVI

skupine s % oštećenja organizma na temelju

IME (IME OCA) PREZIME

DATUM I MJESTO ROĐENJA, OIB, DRŽAVLJANSTVO

**OŠTEĆENJE ORGANIZMA NA TEMELJU KOJEG TRAŽIM PRIZNAVANJE
STATUSA**

a) rana/ozljeda

b) bolest

OŠTEĆENJE ORGANIZMA NASTALO JE DANA (opisati uzrok i okolnosti stradanja)

IZJAVA O SUGLASNOSTI

Upoznat-a sam da se, sukladno čl. 6. st. 1., čl. 7. st. 1. i čl. 9. st. 1. i 2. Zakona o zaštiti osobnih podataka („Narodne novine“ broj 103/03., 118/06., 41/08., 130/11. i 106/12.), moji osobni podaci kao podnositelja zahtjeva za priznavanje statusa temeljem Zakona o zaštiti vojnih i civilnih invalida rata prikupljaju isključivo u svrhu ostvarivanja traženog statusa i pripadajućih prava te da se u druge svrhe neće koristiti. Također sam informiran o identitetu voditelja zbirke. Dobrovoljno dajem svoje osobne podatke te privolu u smislu prikupljanja i obrade istih u navedenu svrhu.

Ime i prezime službene osobe voditelja postupka
tel. službene osobe

U , dana

Potpis