

_____ ПРЕЗИМЕ
_____ ИМЕ
_____ ИМЕ ЈЕДНОГ РОДИТЕЉА
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ ЈМБ
_____ АДРЕСА (мјесто, улица и број)
_____ КОНТАКТ ТЕЛЕФОН

ПРИЈЕМНИ ШТАМБИЉ

**ОПШТИНА МОДРИЧА**  
**Одјељење за општу управу**

**ПРЕДМЕТ: ПРИЗНАВАЊЕ СТАТУСА РВИ И ПРАВА НА ЛИЧНУ  
ИНВАЛИДНИНУ, ОРТОПЕДСКИ ДОДАТАК И ДОДАТАК ЗА  
ЊЕГУ И ПОМОЋ**

Навести датум рањавања: \_\_\_\_\_ године

Навести период ангажовања у оружаним снагама: \_\_\_\_\_

Документација коју прилажем:

1. Увјерење о учешћу у рату
2. Увјерење о рањавању, повређивању, обољењу
3. Медицинска документација о лијечењу

форма доставе: **овјерена копија**

форма доставе: **овјерена копија**

форма доставе: **овјерена копија**

Потпис подносиоца

Модрича, \_\_\_\_\_ године

**Рок потребан за рјешавање предмета (са потпуном документацијом) 60 дана**