

Obrazac 2

OSJEČKO-BARANJSKA ŽUPANIJA
UPRAVNI ODJEL ZA ZDRAVSTVO,
SOCIJALNU SKRB I HRVATSKE BRANITELJE

ZAHTJEV
ZA PRIZNAVANJE POSEBNOG DODATAKA
prema Zakonu o civilnim stradalnicima
iz Domovinskog rata

IME I PREZIME, IME RODITELJA: _____

ADRESA PREBIVALIŠTA: _____

(navesti adresu sa osobne iskaznice, ukoliko se razlikuje od adrese na kojoj korisnik boravi
navesti obje adrese)

MJESTO I DRŽAVA ROĐENJA: _____

DATUM ROĐENJA: _____

OIB: _____

BROJ TELEFONA: _____ BROJ MOBITELA: _____

PODACI OPUNOMOĆENIKA – ZAKONSKOG ZASTUPNIKA – SKRBNIKA

(ime i prezime, adresa prebivališta, broj telefona)

JESAM/ NISAM u vrijeme nastanka oštećenja organizma bio/bila maloljetan/na

JESAM/ NISAM u radnom odnosu

PRIMAM/ NE PRIMAM mirovinu/naknadu plaće od dana stjecanja prava na profesionalnu
rehabilitaciju kao i tijekom profesionalne rehabilitacije

IZJAVA O SUGLASNOSTI

Dobrovoljno dajem svoje osobne podatke te privolu u smislu prikupljanja i obrade istih u
navedenu svrhu.

U _____, _____ godine

(potpis podnositelja)