



UP

Ime (ime jednog roditelja) i prezime: _____
JMB (u svrhu provjere prebivališta): _____
Adresa stanovanja / sjedišta: _____
Broj telefona, FAX-a, mobilnog telefona, e-mail adresa: _____
Adresa za dostavu pošte: _____

Općina Novi Grad Sarajevo
Služba za boračka pitanja, rad, socijalna pitanja i zdravstvo
Odsjek za boračka pitanja

Predmet: **Zahtjev za izmjenu rješenja**

Obraćam se sa zahtjevom za izmjenu rješenja Vaše službe broj: _____ od
_____ godine, kojim je priznato pravo na _____
iz razloga _____

/smrti jednog od korisnika porodične invalidnine, završetak/prestanak redovnog školovanja i dr./

Uz zahtjev prilažem:

1. Rješenje o priznatom pravu
2. Ostala dokumentacija po potrebi

Napomena za taksu: Shodno odredbi člana 9. tačka 1. Odluke o administrativnim taksama Općine Novi Grad Sarajevo, („Službene novine Kantona Sarajevo“, broj 2/26) taksa se ne naplaćuje.

Rok za rješavanje: 30 dana od prijema zahtjeva.

Shodno članu 9. i 10 Zakona o zaštiti ličnih podataka („Službeni glasnik BiH“ broj; 12/25) kao nosilac gore navedenih i dostavljenih podataka saglasan/saglasna sam da nadležna služba vrši obradu istih u postupku rješavanja predmetnog zahtjeva.

Podnosilac zahtjeva

U Sarajevu _____ 20__ godine

(ime i prezime)