

**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 priznavanje prava na mjesečno novčano primanje
za suprugu i djecu poginulog nosioca najvišeg ratnog priznanja**

Obraćam se sa zahtjevom za priznavanje prava na mjesečno novčano primanje po osnovu poginulog nosioca najvišeg ratnog priznanja

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.

Uz zahtjev prilažem:

1. Potvrda Federalnog ministarstva odbrane o dodjeli najvišeg ratnog priznanja
2. Rješenje nadležne službe o priznatom pravu na porodičnu invalidninu (pribavlja se u skladu sa članom 158. stav 4. ZUP-a)
3. Uvjerenje o kretanju
4. Kopija bankovne instrukcije za plaćanje
5. Ostala dokumentacija po potrebi

Dokumentacija se prilaže u originalu ili ovjerenoj kopiji

Rok za rješavanje: 60 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)