

ZAHTJEV ZA IZDAVANJE ZNAKA PRISTUPAČNOSTI

I. PODACI O PODNOSITELJU ZAHTJEVA:

1. Ime i prezime: _____

2. Datum i mjesto rođenja: _____

3. OIB

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Kontakt adresa, kontakt telefon: _____

5. E-mail adresa: _____

Svojim potpisom dajem privolu Ličko-senjskoj županiji za obradu mojih osobnih podataka navedenih u ovom zahtjevu u svrhu odlučivanja o zahtjevu i upis podataka u službene evidencije propisane posebnim zakonom.

(mjesto, datum)

(potpis podnositelja zahtjeva)

Prilog (označiti oznakom X u □):

- Dokaz o najmanje 80 % tjelesnog oštećenja, odnosno oštećenju donjih ekstremiteta najmanje 60 %):
 - nalaz i mišljenje ovlaštenog vještaka HZMO ili
 - nalaz i mišljenje drugostupanjskog liječničkog povjerenstva nadležnog za davanje nalaza i mišljenja po Zakonu o pravima hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji ili
 - nalaz i mišljenje drugostupanjskog liječničkog povjerenstva nadležnog za davanje nalaza i mišljenja po Zakonu o zaštiti vojnih i civilnih invalida rata
- Fotografiju, veličine 35 mm x 45 mm
- Preslik osobne iskaznice
- Preslik rodnog lista za maloljetnu osobu
- Preslik rješenja o skrbništvu (ako osoba s invaliditetom nema poslovnu sposobnost)
- Upravna pristojba** se sukladno Zakonu o upravnim pristojbama (Narodne novine, broj 115/16) i Uredbi o tarifi upravnih pristojbi (Narodne novine, broj 92/21 i 93/21)–**ne naplaćuje**