LIČKO-SENJSKA ŽUPANIJA

UPRAVNI ODJEL Z A OPĆU UPRAVU I

BRANITELJSKA PITANJA

# PREDMET: Zahtjev za utvrđivanje novog postotka oštećenja

#  organizma priznatog HRVI-a iz Domovinskog rata

IME I PREZIME, IME OCA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATUM I MJESTO ROĐENJA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OIB: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DRŽAVLJANSTVO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PREBIVALIŠTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELEFON: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ZAPOSLEN/A *(zaokružiti)*: DA NE

KORISNIK/CA MIROVINE *(zaokružiti)*: DA NE

**Imam ostvaren status HRVI iz Domovinskog rata \_\_\_\_\_\_\_ skupine sa \_\_\_\_\_\_% oštećenja organizma za stalno po osnovi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Zahtjev podnosim nakon isteka 2 godine od dana kada je postalo izvršno rješenje \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

Uz zahtjev prilažem medicinsku dokumentaciju o liječenju navedene bolesti / ozljede / ranjavanja, iz razdoblja nakon posljednje ocjene Liječničkog povjerenstva: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

IZJAVA O SUGLASNOSTI

Upoznat-a sam da se sukladno Zakonu o provedbi opće uredbe o zaštiti podataka (»Narodne novine« broj 42/18) i Općom uredbom o zaštiti podataka (EU 2016/679) moji osobni podaci kao podnositelja zahtjeva prikupljaju isključivo za priznavanje gore navedenog prava te da se u druge svrhe neće koristiti. Dobrovoljno dajem svoje osobne podatke te privolu u smislu prikupljanja i obrade istih u navedenu svrhu.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (potpis podnositelja/ice zahtjeva)

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ godine