



ОПШТИНА МРКОЊИЋ ГРАД



Подносилац захтјева:

МГ О 04-46

ПРЕЗИМЕ:
ИМЕ:
ИМЕ ЈЕДНОГ РОДИТЕЉА:
КОНТАКТ АДРЕСА:
КОНТАКТ ТЕЛЕФОН:

**ОПШТИНА МРКОЊИЋ ГРАД  
ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА ОПШТУ УПРАВУ  
И ДРУШТВЕНЕ ДЈЕЛАТНОСТИ**

**ПРЕДМЕТ:** *Захтјев за признавање својства ратног војног инвалида*

Као припадник ВРС **рањен- повријеђен-озлијеђен-оболио** сам при вршењу војне дужности у ВРС , дана \_\_\_\_\_ . Молим вас да ме у складу са чланом 5. Закона о правима борца , војних инвалида и породица погинулих бораца одбрамбено-отаџбинског рата РС упутите на преглед код љекарске комисије која ће утврдити степен мог оштећења организма и утврдите мој инвалидитет.

**Уз захтјев прилажем:**

1. Увјерење о околностима рањавања , повреди, озледи,
2. увјерење о учешћу у ВРС,
3. налаз и мишљење НВЛК,
4. медицинска документација из времена рата или непосредно по рањавању,
5. нова медицинска документација,
6. извод из матичне књиге рођених,
7. фотокопија личне карте.

У Мркоњић Граду,  
дана \_\_\_\_\_ године

**ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЈЕВА**

\_\_\_\_\_