



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**

\_\_\_\_\_