

**PODNOŠILAC ZAHTJEVA:**

Prezime	
Ime	
Ime roditelja	
JMB	
Adresa stanovanja	
Kontakt telefon	

--

**OPĆINA VOGOŠĆA  
SLUŽBA ZA BORAČKO- INVALIDSKU I SOCIJALNU ZAŠTITU**

**PREDMET: Zahtjev za preseljenje predmeta  
Lična invalidnina – Porodična invalidnina – Zdravstvena zaštita**

POTREBNA DOKUMENTACIJA				
Red. br.	NAZIV DOKUMENTA	MJESTO IZDAVANJA	FORMA	KOMENTAR
1.	CIPS prijava	CIPS	Original ili ovjerena kopija	Ne starije od 15 dana

Shodno članu 5. Zakona o zaštiti ličnih podataka („Sl. glasnik BiH“, broj: 49/06, 76/11 i 89/11) kao nosilac gore navedenih i dostavljenih podataka saglasan/saglasna sam da Općinske/Gradske službe, Kantonalna ministarstva/uprave nadležne za borački invalidsku zaštitu i Federalno ministarstvo za pitanja boraca i invalida odbrambeno-oslobodilačkog rata/ Federalno ministarstvo za pitanja branitelja i invalida domovinskog rata vrši obradu istih u svrhu rješavanja po zahtjevu, trajno.

Vogošća, \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_.godina

**POTPIS PODNOŠIOCA ZAHTJEVA**

\_\_\_\_\_

L.K. broj \_\_\_\_\_ P.U \_\_\_\_\_