

**PODNOŠILAC ZAHTEVA:**

Prezime	
Ime	
Ime roditelja	
Adresa stanovanja	
Kontakt telefon	



--

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

**PREDMET: ZAHTEJ ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA DODJELU FINANSIJSKIH SREDSTAVA  
ZA OBOLJELE OD CELIJAKIJE**

**Potrebna dokumentacija:**

1. Prijava o mjestu prebivališta;
2. Izjava o zajedničkom domaćinstvu;
3. Izvod iz matične knjige rođenih;
4. Uvjerenje od državljanstvu;
5. Dokaz i nalazi koji potvrđuju da osoba boluje od celijakije;
6. Potvrda o tekućem računu.

Vogošća, \_\_\_\_\_ 20\_\_ . godine

PODNOŠILAC ZAHTEVA

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

**Napomena: Dokumentacija koja se predaje uz zahtjev mora biti original ili ovjerena fotokopija.**

Navedite kontakt adresu, ukoliko to nije adresa stanovanja \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Prezime, ime oca i ime korisnika)

Adresa \_\_\_\_\_

U skladu sa članom 5. Zakona o zaštiti ličnih podataka („Službeni glasnik BiH“, broj: 46/06, 76/11 i 89/11), a u vezi sa članom 8. Zakona o upravnom postupku („Službene novine Federacije BiH“, broj: 2/98 i 48/99), u prisustvu službenog lica Službe za boračko-invalidsku i socijalnu zaštitu Općine Vogošća dajem sljedeću:

## I Z J A V U

Pod punom moralnom, materijalnom i krivičnom odgovornošću izjavljujem da sam saglasan-a da se moji lični podaci i podaci članova moje porodice ( ime i prezime, ime roditelja, datum rođenja, jedinstveni matični broj, adresa stanovanja, kao i ostali podaci) mogu koristiti u predmetu ostvarivanja prava na **dodjela finansijskih sredstava oboljelim od celijakije** nadležne Službe, sve dok ispunjavam Zakonske uslove za traženo pravo.

Službeno lice :

Izjavu dao-la:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

L.K. broj \_\_\_\_\_ PU Vogošća

U Vogošći, \_\_\_\_\_ godine