



Bosna i Hercegovina
Federacija Bosne i Hercegovine
Kanton Sarajevo
OPĆINA VOGOŠĆA



Vogošća, ul. Jošanička br. 80, tel: 00387 33 586-470, 33 586-471

PODNOŠILAC ZAHTEVA:

Prezime	
Ime	
Ime roditelja	
Adresa stanovanja	
Kontakt telefon	

OPĆINA VOGOŠĆA
SLUŽBA ZA BORAČKO INVALIDSKU I
SOCIJALNU ZAŠTITU

PREDMET: ZAHTEJ ZA JEDNOKRATNU NOVČANU POMOĆ OBOLJELIM OD CELIJAKIJE

Potrebna dokumentacija:

1. uvjerenje o državljanstvu za podnosioca zahtjeva (ne starije od 6 mjeseci);
2. uvjerenje o kretanju za podnosioca zahtjeva (ne starije od 3 mjeseca);
3. nalaz zdravstvene ustanove kojim se potvrđuje da podnosilac zahtjeva boluje od celijakije (ne stariji od 6 mjeseca);
4. potvrda banke o otvorenom tekućem računu na ime podnosioca zahtjeva.



Bosna i Hercegovina
Federacija Bosne i Hercegovine
Kanton Sarajevo
OPĆINA VOGOŠĆA



Vogošća, ul. Jošanička br. 80, tel: 00387 33 586-470, 33 586-471

Obrazac izjave o saglasnosti za obradu ličnih podataka

Ime

Prezime

Pod moralnom, materijalnom i krivičnom odgovornošću dajem slijedeću

IZJAVU

da sam kao nosilac podataka, u skladu sa članom 9. Zakona o zaštiti ličnih podataka ("Službeni glasnik Bosne i Hercegovine", br. 12/25) saglasan/saglasna da Služba za boračko-invalidsku i socijalnu zaštitu Općine Vogošća, može prikupljati, koristiti i kontrolisati moje lične podatke u postupku dodjele jednokratne novčane pomoći oboljelim od celijakije. Navedenu saglasnost dajem za period do okončanja postupka.

Vogošća, _____ 20__ . godine

(Potpis podnosioca zahtjeva)