**OBRAZAC 2**

|  |
| --- |
|  |
| (ime i prezime podnositelja zahtjeva) |
|  |
| (adresa prebivališta) |

**ZAGREBAČKA ŽUPANIJA**

**Upravni odjel za zdravstvo, socijalnu skrb i hrvatske branitelje**

**Ispostava \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE POSEBNOG DODATAKA  
prema Zakonu o civilnim stradalnicima  
iz Domovinskog rata**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***OSOBNI PODACI O PODNOSITELJU ZAHTJEVA:*** | | | |
| IME I PREZIME, IME RODITELJA: |  | | |
| ADRESA PREBIVALIŠTA (navesti adresu sa osobne iskaznice, ukoliko se razlikuje od adrese na kojoj korisnik boravi navesti obje adrese): |  | | |
| MJESTO I DRŽAVA ROĐENJA: |  | | |
| DATUM ROĐENJA: |  | | |
| OIB/MB: |  | | |
| BROJ TELEFONA: |  | BROJ MOBITELA: |  |
| PODACI OPUNOMOĆENIKA – ZAKONSKOG ZASTUPNIKA – SKRBNIKA | | | |
|  | | | |
| (ime i prezime, adresa prebivališta, broj telefona) | | | |

* JESAM/ NISAM u vrijeme nastanka oštećenja organizma bio/bila maloljetan/na
* JESAM/ NISAM u radnom odnosu
* PRIMAM/ NE PRIMAM mirovinu/naknadu plaće od dana stjecanja prava na profesionalnu rehabilitaciju kao i tijekom profesionalne rehabilitacije

**IZJAVA O SUGLASNOSTI**

Dobrovoljno dajem svoje osobne podatke te privolu u smislu prikupljanja i obrade istih u navedenu svrhu.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| U |  | , dana |  |  |  |

(potpis podnositelja zahtjeva)