

Подносилац захтева:

ПРИЕМНИ ШТАМБИЉ

ПРЕЗИМЕ:
ИМЕ:
ИМЕ ЈЕДНОГ РОДИТЕЉА:
ЈМБГ:
БРОЈ ЛИЧНЕ КАРТЕ И МУП:
АДРЕСА:
КОНТАКТ ТЕЛЕФОН

Република Србија
ГРАД БЕОГРАД
ГРАДСКА ОПШТИНА ЧУКАРИЦА
ОДЕЉЕЊЕ ЗА ДРУШТВЕНЕ ДЕЛАТНОСТИ
ОДСЕК ЗА БОРАЧКУ И ИНВАЛИДСКУ ЗАШТИТУ

ПРЕДМЕТ: Захтев за повећање процента инвалидитета услед погоршања здравственог стања

Молим да ми повећате проценат инвалидитета услед погоршања здравственог стања.

Решењем Скупштине општине _____

Бр. _____ признато ми је својство _____
војног инвалида _____ групе са _____ % инвалидитета, по основу

Међутим, код мене је наступило погоршање здравственог стања по већ признатом основу _____

Уз захтев прилажем најновије медицинске налазе из којих се може закључити да је, вероватно, дошло до погоршања здравственог стања, а по основу признавања својства војног инвалида.

Предлажем да се покрене поновни поступак у циљу утврђивања процента инвалидитета који одговара садашњем здравственом стању.

НАПОМЕНА:

Војни инвалид има право да поднесе захтев за повећање процента инвалидитета по истеку две године од дана доношења коначног решења

УЗ ЗАХТЕВ ПРИЛАЖЕМ:

1. Медицинску документацију не старију од 6 месеци која се односи на признати основ инвалидитета

Потпис подносиоца

Београд _____ године _____