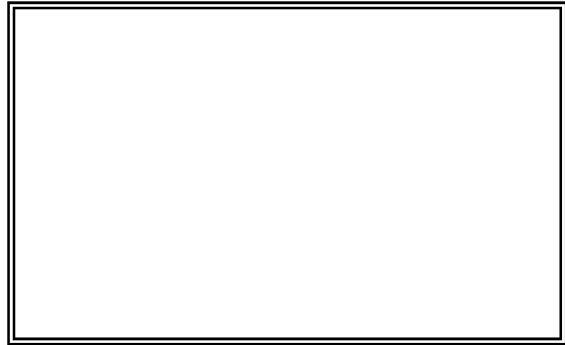


DUBROVAČKO-NERETVANSKA ŽUPANIJA  
Upravni odjel za društvene djelatnosti  
DUBROVNIK



(ime i prezime, te broj telefona službene osobe koja vodi postupak)

## ZAHTJEV

### ZA PRIZNAVANJE STATUSA HRVATSKOG RATNOG VOJNOG INVALIDA IZ DOMOVINSKOG RATA I PRAVA PO TOJ OSNOVI

#### OSOBNI PODACI:

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:             MBG: \_\_\_\_\_

BROJ TELEFONA: \_\_\_\_\_ BROJ MOBITELA: \_\_\_\_\_

U RADNOM SAM ODNOSU: (zaokružiti) **DA** **NE**

KORISNIK/CA SAM PRAVA NA MIROVINU: (zaokružiti) **DA** **NE**

PODACI OPUNOMOĆENIKA - ZAKONSKOG ZASTUPNIKA – SKRBNIKA \_\_\_\_\_

(ime i prezime, adresa prebivališta, broj telefona)

#### PRIPADNOST POSTROJBI U DOMOVINSKOM RATU:

- a) DJELATNI SASTAV OSRH (postrojba): \_\_\_\_\_,
- b) PRIČUVNI SASTAV OSRH (postrojba): \_\_\_\_\_,
- c) DJELATNI SASTAV MUP-a (Polijska uprava): \_\_\_\_\_,
- d) PRIČUVNI SASTAV MUP-a (Polijska uprava): \_\_\_\_\_,
- e) NAORUŽANI ODREDI NARODNE ZAŠTITE – PRIPADNIK BORBENOG SEKTORA  
(grad, općina): \_\_\_\_\_

**TRAŽIM PRIZNAVANJE STATUSA HRVI IZ DOMOVINSKOG RATA PO OSNOVI:**

- a) ranjavanja
- b) ozljeđivanja
- c) zatočeništva u neprijateljskom zatvoru, logoru ili drugom neprijateljskom objektu
- d) bolesti

**RANJAVANJE / OZLJEĐIVANJE:**

- DATUM RANJAVANJA / OZLJEĐIVANJA: \_\_\_\_\_
- MJESTO RANJAVANJA / OZLJEĐIVANJA (bojišnica): \_\_\_\_\_
- DIO TJELA KOJI JE RANJEN / OZLJEĐEN: \_\_\_\_\_
- PRIPADNOST POSTROJBI U TRENUTKU RANJAVANJA / OZLJEĐIVANJA: \_\_\_\_\_
- OKOLNOSTI RANJAVANJA / OZLJEĐIVANJA: \_\_\_\_\_

**ZATOČENIŠTVO:**

- ZAROBLJEN/A SAM DANA: \_\_\_\_\_
- NEPRIJATELJSKI ZATVOR/LOGOR/OBJEKT U KOJEM SAM BIO/LA ZATOČEN/A: \_\_\_\_\_
- U ZATOČENIŠTVU SAM PROVEO/LA DO: \_\_\_\_\_
- PRIPADNOST POSTROJBI U TRENUTKU ZAROBLJAVANJA: \_\_\_\_\_
- OKOLNOSTI ZAROBLJAVANJA: \_\_\_\_\_

**BOLEST:**

- BOLEST ZA KOJU TRAŽIM PRIZNAVANJE STATUSA HRVI: \_\_\_\_\_

**IZJAVA O MEDICINSKOJ DOKUMENTACIJI**

Uz ovaj zahtjev priložio/la sam svu medicinsku dokumentaciju s kojom raspolazem u trenutku podnošenja zahtjeva, a koja se odnosi na ranjavanje / ozljeđivanje / zatočeništvo / bolest za koje/u sam tražio/la priznavanje statusa hrvatskog ratnog vojnog invalida iz Domovinskog rata i prava po toj osnovi.

**DA** **NE**

**IZJAVA O SUGLASNOSTI**

Upoznat-a sam da se, sukladno članku 6. stavku 1., članku 7. stavku 1. i članku 9. stavku 1. i 2. Zakona o zaštiti osobnih podataka ("Narodne novine", broj: 103/03, 118/06, 41/08, 130/11, 106/12), moji osobni podaci kao podnositelja-ice zahtjeva za priznavanje statusa HRVI iz Domovinskog rata i prava po toj osnovi temeljem odredbi Zakona o hrvatskim braniteljima iz Domovinskog rata i članovima njihovih obitelji ("Narodne novine", broj: 121/17), prikupljaju isključivo u svrhu ostvarivanja traženog statusa i prava te da se u druge svrhe neće koristiti. Dobrovoljno dajem svoje osobne podatke te privolu u smislu prikupljanja i obrade istih u navedenu svrhu.

**NAPOMENA:** \_\_\_\_\_

U \_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_\_ (potpis)