

**DUBROVAČKO-NERETVANSKA ŽUPANIJA**  
**Upravni odjel za društvene djelatnosti**

**ZAHTEJEV ZA POVEĆANJEM STUPNJA INVALIDITETA**  
**temeljem Zakona o zaštiti vojnih i civilnih invalida rata**

**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)*

**Imam priznat status** *(zaokruži i dopuni):*

- a) ratni vojni invalid \_\_\_\_\_ skupine
- b) civilni invalid rata \_\_\_\_\_ skupine
- c) civilni invalid Domovinskog rata \_\_\_\_\_ skupine
- d) mirnodopskog vojnog invalida \_\_\_\_\_ skupine

**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 utvrđivanje novog postotka oštećenja organizma.

**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 utvrđivanje novog postotka oštećenja organizma temeljem odredbi Zakona o zaštiti vojnih i civilnih invalida rata ("Narodne novine", broj: 33/92, 57/92, 77/92, 27/93, 58/93, 2/94, 76/94, 108/95, 108/96, 82/01, 103/03, 148/13, 98/19), prikupljaju isključivo u svrhu provođenja navedenog postupka te da se u druge svrhe neće koristiti. Dobrovoljno dajem svoje osobne podatke te privolu u smislu prikupljanja i obrade istih u navedenu svrhu.

U \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ godine

\_\_\_\_\_  
*(potpis podnositelja)*

**Uz podnesak prilažem:**

1. Pravomoćno rješenje o ranije prizatom pravu
2. Liječnička svjedodžba – obrazac 15
3. Nalazi liječnika specijaliste
4. Potvrda o naknadi za tjelesno oštećenje HZMO-a