

Подносилац захтјева:		Отисак пријемног печата	
Презиме			
Име			
Име родитеља:			
Адреса:			
Контакт телефон			

РЕПУБЛИКА СРПСКА
ОПШТИНА ГАЦКО
ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА ОПШТУ УПРАВУ

Предмет: Захтјев за признавање својства ратног војног инвалида

Као војник налазио сам се на извршењу борбеног задатка као припадник Оружаних снага Југославије, односно Војске Републике Српске у војној пошти _____ у времену _____.
Комадант једнице био ми је _____.

Дана _____ приликом извршавања задатка рањен сам (повијеређен, озлијеђен или оболио) _____

(навести околности и мјесто догађаја)

Том приликом задобио сам рану (повреду, озлиједу или болест)

(навести повријеђене или обољеле дијелове тијела)

Пошто сам рањен (повријеђен, озлијеђен или оболио) приликом извршавања борбеног задатка испуњавам услове за признавање статуса ратног војног инвалида, па молим да проведете поступак и да својим рјешењем утврдите својство војног инвалида, те да ми признате права која ми по том основу припадају.

Уз захтјев прилажем (означите са X одабрано у коцку испред):

<input type="checkbox"/>	Увјерење ВП о околностима под којим сам рањен-повријеђен
<input type="checkbox"/>	Медицинска документација
<input type="checkbox"/>	Извод из матичне књиге рођених
<input type="checkbox"/>	Копија личне карте
<input type="checkbox"/>	

У Гацку, дана _____ 20___. године

Потпис подносиоца

ЛК број _____