

**ZAHTJEV ZA UTVRĐIVANJE NOVOG POSTOTKA OŠTEĆENJA
ORGANIZMA PROTEKOM ROKA OD ŠEST MJESECI OD
IZVRŠNOSTI RJEŠENJA O STATUSU HRVI IZ DOMOVINSKOG RATA**

IME (ime oca) PREZIME: _____

DATUM I MJESTO ROĐENJA: _____

OIB: _____

PREBIVALIŠTE: _____

DRŽAVLJANSTVO: _____

BROJ TELEFONA: _____

DJELATNI SASTAV OSRH (koja brigada i razdoblje)

PRİČUVNI SASTAV OSRH (koja brigada i razdoblje)

MUP RH (koja Policijska uprava ili specijalna postrojba i razdoblje)

NARODNA ZAŠTITA (razdoblje)

DATUM RANJAVANJA, POVREDE, OZLJEDE: _____

MJESTO RANJAVANJA, POVREDE, OZLJEDE I PRIPADNOST POSTROJBI:

U KOJI DIO TIJELA:

OKOLNOSTI RANJAVANJA, POVREDE ILI OZLJEDE

ZA KOJU BOLEST SE TRAŽI PRIZNAVANJE STATUSA HRVI:

IZJAVA O SUGLASNOSTI:

Upoznat/a sam da se moji osobni podaci kao podnositelja zahtjeva za priznavanje statusa hrvatskog ratnog vojnog invalida iz Domovinskog rata, temeljem Zakona o hrvatskim braniteljima iz Domovinskog rata i članovima njihovih obitelji (NN, br. 121/17, 98/19 i 84/21) i podaci članova moga kućanstva, prikupljaju isključivo u svrhu ostvarivanja traženog prava, te da se u druge svrhe neće koristiti. Dobrovoljno dajem svoje osobne podatke i podatke članova svoga kućanstva, te privolu u smislu prikupljanja i obrade istih u navedenu svrhu.

U Krapini, _____ godine

(potpis)