



Podnosilac zahtjeva:

PREZIME (IME RODITELJA) I IME
BR. L.K. I MJESTO IZDAVANJA
JMBG
ADRESA ZA DOSTAVU POŠTE
KONTAKT TELEFON
KONTAKT E – MAIL

**OPĆINA VISOKO
SLUŽBA ZA FINANSIJE, PRIVREDU I DRUŠTVENE DJELATNOSTI**

ODSJEK ZA DRUŠTVENE DJELATNOSTI

PREDMET: ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU

Molim da mi se prizna pravo na privremenu zdravstvenu zaštitu,
na ime _____
(navesti ime i prezime učenika/studenta)

redovan učenik/student _____
(upisati naziv škole/fakulteta)

a ne ostvaruje zdravstvenu zaštitu po drugom osnovu.

Uz zahtjev prilažem :

1. Uvjerenje o redovnom školovanju odnosno studiranju,
2. Izjavu o zajedničkom domaćinstvu (kućnu listu),
3. CIPS – Potvrda o prebivalištu,
4. Uvjerenje Zavoda za zdravstveno osiguranje da lice nije osigurano po bilo kojem drugom osnovu.

Visoko, _____ 20____. godine

POTPIS PODNOSIOCA

L.K. _____ PU _____