**Podnosilac zahtjeva:**

PREZIME ( IME RODITELJA) I IME BR. L.K. I MJESTO IZDAVANJA JMBG

ADRESA ZA DOSTAVU POŠTE

KONTAKT TELEFON KONTAKT E – MAIL

**GRAD VISOKO**

**SLUŽBA ZA OPĆU UPRAVU, INSPEKCIJSKE POSLOVE I BORAČKO – INVALIDSKU ZAŠTITU**

**PREDMET: Zahtjev za priznavanje prava na porodičnu invalidninu**

Moj (muž – sin) puno ime i prezime, očevo ime, prezime, zanimanje, adresa

je kao pripadnik

(navesti kojoj jednici je pripadao i od kada)

Dana godine

(pogino ili nestao, odnosno umro uslijed

rane, povrede, ozljede) u borbama za oslobođenje BiH

Iza njega ostala sam ja

(majka, supruga, otac, djete)

Rođen-a dana

(djeca i datum njihovog rođenja)

PODNOSILAC ZAHTJEVA

Visoko, (datum) (potpis)

OB-QMS-851-60

 ***Ulica A Izetbegovića br.12A,71300 Visoko tel.+38732/ 732-500, fax.32/732-557 e-mail*** ***opcauprava@visoko.gov.ba***