Подносилац захтјева		04.38.
Презиме		*(ПРИЈЕМНИ ШТАМБИЉ)*
Име		
ЈМБ		
Контакт адреса		
Контакт телефон		
Електронска пошта		

ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА ОПШТУ УПРАВУ

ПРЕДМЕТ: ПРИЗНАВАЊЕ СТАТУСА РАТНОГ ВОЈНОГ ИНВАЛИДА

Д О К У М Е Н Т А Ц И Ј А			
Назив документа	**Институција**	**Форма**	**Коментар**
Увјерење о околностима рањавања, повређивања и болести	Војна пошта	Копија уз оригинал на увид	-
Увјерење о учешћу у рату	Одјељење за општу управу	Оригинал	Прибављање по службеној дужности (не плаћа се такса/накнада)
Медицинска документација из периода када је рањен, повријеђен или оболио	Медицинска установа	Копија	-
Новија медицинска документација	Медицинска установа	Копија	-

Т А К С Е И Н А К Н А Д Е			
Назив таксе/накнаде	**Износ таксе/накнаде**	**Број рачуна**	**Позив на бр./коментар**
-	-	-	-

Рок за рјешавање уредног предмета (са потпуном документацијом): **7 дана (3 дана за преглед потпуности захтјева)**

Вријеме важења одлуке по захтјеву (дани): **Трајно**

(Датум подношења захтјева)

(Потпис подносиоца захтјева)