

Број: \_\_\_\_\_ / 09  
Датум: \_\_\_\_\_ / 09  
Барајево

**Подносилац захтева**

ПРЕЗИМЕ:
ИМЕ:
ЈМБГ:
БРОЈ ЛИЧНЕ КАРТЕ :
АДРЕСА:
ТЕЛЕФОН У СТАНУ:
МОБИЛНИ ТЕЛЕФОН:

Предмет: **Захтев за признавање права на ортопедски додатак**

Молим да ми признате право на ортопедски додатак.

Признато ми је својство ратног војног – мирнодопског војног инвалида, по основу

---

Молим да ми се у смислу Закона о основним правима бораца, војних инвалида и породица палих бораца, призна право на ортопедски додатак.

**НАПОМЕНА:**

Војни инвалид од **I – VI** групе коме је војни инвалидитет утврђен због оштећења организма које је непосредна последица задобијене ране, повреде, озледе или болести које је проузроковала ампутација екстремитета или тешко оштећење функције екстремитета, као и због потпуног губитка вида на оба ока.

**УЗ ЗАХТЕВ ПРИЛАЖЕМ:**

1. Медицинску документацију не старије од 6 месеци

**Потпис подносиоца**

У Барајеву, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_