



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(prezime ime oca ime)

(jedinstveni matični broj)

--

(adresa)

--

(broj lične karte)

--

(telefon)

OPĆINA TRNOVO

Služba za opću upravu, društvene djelatnosti,  
Boračko-invalidsku, dječiju i socijalnu zaštitu

Predmet: Zahtjev za prestanak prava na zdravstvenu zaštitu kao CŽR

Podnosilac zahtjeva:

---

Trnovo, \_\_\_\_\_ godine

Prilažem ovjerene fotokopije sljedeće dokumentacije:

1. Ugovor o radu;
2. Uvjerenje fonda PIO – MIO da sam korisnik penzije;
3. Fco prijave prebivališta.

***U skladu sa Zakonom o zaštiti ličnih podataka kao nosilac gore navedenih i dostavljenih ličnih podataka, saglasan/saglasna sam da nadležna služba vrši obradu istih u postupku rješavanja predmetnog zahtjeva.***