\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(IME (OČEVO IME) PREZIME)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(MJESTO STANOVANJA)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ULICA)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(DATUM ROĐENJA I OIB)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(KONTAKT BROJ)

U Čakovcu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MEĐIMURSKA ŽUPANIJA

UPRAVNI ODJEL ZA CIVILNO DRUŠTVO I

LJUDSKA PRAVA

ODSJEK ZA HRVATSKE BRANITELJE

ZAHTJEV ZA OBUSTAVU ISPLATE OSOBNE INVALIDNINE

Radi ostvarivanja prava po odredbama Zakona o socijalnoj skrbi, molim naslov da mi obustavi isplatu osobne invalidnine koju primam kao priznati hrvatski ratni vojni invalid iz Domovinskog rata \_\_\_\_\_. skupine sa \_\_\_\_% oštećenja organizma za stalno.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(potpis podnositelja zahtjeva)

IZJAVA O SUGLASNOSTI

Dobrovoljno dajem svoje osobne podatke te privolu u smislu prikupljanja i obrade istih u navedenu svrhu.

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ godine

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(potpis podnositelja zahtjeva)