

**Република Србија**

**Град Ниш**

**Градска управа за друштвене делатности**

**Број:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Датум:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ниш, Пријездина 1**

**Тел. 018/504-477**

**ЗАХТЕВ ЗА ПОВЕЋАЊЕ ПРОЦЕНТА ИНВАЛИДИТЕТА ВОЈНОГ (ЦИВИЛНОГ) ИНВАЛИДА**

Решењем Градске/Општинске управе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_број \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ од дана\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_признато ми је својство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_војног-цивилног инвалида \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_групе са \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ % инвалидитета по основу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Услед погоршања здравственог стања, о чему прилажем најновију медицинску документацију, подносим захтев за повећање процента инвалидитета, који одговара садашњем здравственом стању.

**Уз захтев достављам:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **РБ** | **Документа** | **Форма документа** |
| **1** | Медицинска документација не старија од 6 месеци | Оригинал |

**Напомене:** Градска/општинска управа дужна је да реши предмет у року од 60 дана од дана подношења захтева .

|  |  |
| --- | --- |
| У\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ године |  |
|  | Име и презиме подносиоца захтева |
|  |  |
|  | ЈМБГ |
|  |  |
|  | Адреса |
|  | Контакт телефон |
|  | Потпис |