

**Podnosilac zahtjeva:**

PREZIME	
IME	
IME RODITELJA	
ADRESA STANOVANJA	
KONTAKT TELEFON	

BROJ PROTOKOLA

**SLUŽBA ZA DRUŠTVENE DJELATNOSTI, BORAČKA
PITANJA, RASELJENA LICA, IZBJEGLICE I POVRATNIKE****PREDMET: Zahtjev za ostvarivanje prava na zdravstveno osiguranje
za učenike i studente**

Uz zahtjev **obavezno** priložiti odgovarajuću dokumentaciju

- Potvrdu o redovnom školovanju
- Izjavu o zajedničkom domaćinstvu
- CIPS
- Uvjerenje Zavoda zdravstvenog osiguranja da lice ne koristi zdravstveno osiguranje niti po jednom drugom osnovu
- Dokaz o radnom statusu roditelja
- Drugo

NAPOMENA: Korisnici prava dužni su u roku od 15 dana od dana nastale promjene, prijaviti ovom organu sve činjenice i promjene bitne za regulisanje prava na zdravstveno osiguranje.

Svojim potpisom dajem saglasnost za prosljeđivanje ličnih i ostalih podataka iz ove prijave u cilju provjere njihove tačnosti i vjerodostojnosti.

Kakanj, _____ . godine

PODNOŠILAC ZAHTJEVA

L.K. _____ PU _____