

<b>Подносилац захтјева:</b>		<b>Шифра: 02.14.</b>
Име и презиме		( ОТИСАК ПРИЈЕМНОГ ШТАМБИЉА )
Адреса		
Контакт телефон		

**РЕПУБЛИКА СРПСКА**

**ГРАД ТРЕБИЊЕ**

**ГРАДОНАЧЕЛНИК**

**ГРАДСКА УПРАВА**

**ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА БОРАЧКУ И СОЦИЈАЛНУ ЗАШТИТУ**

**ЗАХТЈЕВ: ПРИЗНАВАЊЕ СПОРНОГ ВОЈНОГ АНГАЖОВАЊА**

За који период се тражи признавање војног ангажовања

Образложење захтјева

<b>ДОКУМЕНТАЦИЈА</b>			
<b>Назив документа</b>	<b>Институција</b>	<b>Форма</b>	<b>Коментар</b>
<input type="checkbox"/> Рјешење о признатом статусу (уколико га подносилац захтјева има)	Одјељење за борачко-инвалидску заштиту	Копија	Прибављање по службеној дужности (подносилац захтјева не плаћа таксу/накнаду)
<input type="checkbox"/> Документација којом се доказује војно ангажовање	Надлежна установа	Оригинал / овјерена копија	-

<b>ТАКСЕ И НАКНАДЕ</b>			
<b>Назив таксе/накнаде</b>	<b>Износ таксе/накнаде</b>	<b>Број рачуна</b>	<b>Позив на бр./коментар</b>
-	-	-	-

Рок за рјешавање уредног предмета (са потпуном документацијом): Рок за преглед потпуности захтјева и упућивање надлежном министарству 5 дана.

Вријеме важења одлуке по захтјеву (дани): Трајно

Напомена: Рјешавање у надлежности Министарства рада и борачко-инвалидске заштите.

\_\_\_\_\_  
(Датум подношења захтјева)

\_\_\_\_\_  
(Потпис подносиоца захтјева)