
(ime i prezime)

(datum i mjesto rođenja)

(adresa prebivališta)

KARLOVAČKA ŽUPANIJA
Upravni odjel za hrvatske branitelje i zdravstvo

ZAHTJEV ZA IZDAVANJE POTVRDE

Molim Naslov da mi izda potvrdu: (zaokružiti)

1. o statusu _____
2. o statusu člana obitelji iz čl. 12. Zakona o zaštiti vojnih i civilnih invalida rata
3. o korištenju i visini prava iz Zakona o zaštiti vojnih i civilnih invalida rata
4. o nekorištenju prava iz Zakona o zaštiti vojnih i civilnih invalida rata
5. _____

Potvrda mi je potrebna radi _____

U Karlovcu, _____
(datum)

(potpis podnositelja zahtjeva)