+(попуњава подносилац захтјева)

ИМЕ (име родитеља) И ПРЕЗИМЕ/НАЗИВ ФИРМЕ/ПРАВНОГ ЛИЦА	
ЈМБ/ЈИБ	
АДРЕСА	
ЛИЧНА КАРТА (бр. и мјесто издав.)	
КОНТАКТ ОСОБА	
КОНТАКТ ТЕЛЕФОН	

Пријемни штамбиљ

ОПШТИНА ЛАКТАШИ
ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА БОРАЧКО-ИНВАЛИДСКУ ЗАШТИТУ

ПРЕДМЕТ: **Захтјев за категоризацију борца ВРС**

Био сам припадник ВРС у периоду од _____ до_____ као припадник ВП _____

Прекид учешћа у ВРС имао сам због

- Радне обавезе: _____ (навести гдје)
- Рањавања: _____ (навести када)
- Остали разлози: _____

ПОДНОСИЛАЦ

_____

I **Уз захтјев је потребно приложити следећу документацију:**

- **увјерење о дужини учешћа у ВРС (одсјек Министарства одбране)**
- **копија војне књижице (овјерена)**
- **медицинска документација (налаз ВЉК; здравствени картон; медицински налази којим подносилац располаже).**

II **Захтјев ће рјешавати референти у канцеларији бр. 3 (сутерен), а за потребне информације можете се обратити на бр. тел. 334-201, 334-203.**