

PODNOŠILAC ZAHOTJEVA



Prezime	
Ime	
Ime roditelja	
JMB	
Adresa stanovanja	
Kontakt telefon	

OPĆINA ILIJAŠ  
SLUŽBA ZA BORAČKO INVALIDSKU,  
SOCIJALNU ZAŠTITU I RASELJENA LICA

PREDMET: ZAHOTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA POMOĆ U PREHRANI DJETETA DO 6  
MJESECI I DODATNA ISHRANA ZA MAJKU DOJILJU

Obraćam Vam se zahtjerom da mi izdate rješenje o priznavanju prava na pomoć u prehrani djeteta do 6 mjeseci i dodatna ishrana za majku dojilju

Uz zahtjev prilažem potrebnu dokumentaciju:

1. Rodni list djeteta
2. Potvrda iz Centra za Ginekologiju i akušerstvo Sarajevo, ul. Josipa Vancaša br. 1

Ilijaš, \_\_\_\_\_ 2013. godine

PODNOŠILAC ZAHOTJEVA

L.K. \_\_\_\_\_ P.U. \_\_\_\_\_

**Napomena: Sva dokumentacija koja se predaje uz zahtjev mora biti original ili ovjerene fotokopije.**  
Navedite kontakt adresu, ukoliko to nije adresa stanovanja \_\_\_\_\_