



<b>УПРАВА ГРАДСКЕ ОПШТИНЕ ЛАЗАРЕВАЦ</b>	
Одељење за управу	
Тел: 011/8121-211	E-mail: biz@lazarevac.rs

### ЗАХТЕВ ЗА ПОВЕЋАЊЕ ПРОЦЕНТА ИНВАЛИДИТЕТА ВОЈНОГ ИНВАЛИДА

Решењем Градске/Општинске управе \_\_\_\_\_ број \_\_\_\_\_ од дана \_\_\_\_\_ признато ми је својство \_\_\_\_\_ војног инвалида \_\_\_\_\_ групе са \_\_\_\_\_ % инвалидитета по основу \_\_\_\_\_

Услед погоршања здравственог стања, о чему прилажем најновију медицинску документацију, подносим захтев за повећање процента инвалидитета, који одговара садашњем здравственом стању.

**Уз захтев достављам:**

РБ	Документа	Форма документа
1	Медицинска документација не старија од 6 месеци	Оригинал

**Напомене:**

Управа градске општине Лазаревац, дужна је да реши предмет у року од 60 дана од дана достављања уредне документације.

у \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ године

\_\_\_\_\_

Име и презиме подносиоца захтева

\_\_\_\_\_

ЈМБГ

\_\_\_\_\_

Адреса

\_\_\_\_\_

---

Контакт телефон

---

Подпис