

Образац број 1а – ЗОНПНД

ОПШТИНСКА - ГРАДСКА УПРАВА

Број: _____

**ЗАХТЕВ ЗА ВЕШТАЧЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНОГ СТАЊА ДЕТЕТА У
ПОСТУПКУ ОСТВАРИВАЊА ПРАВА НА ОСТАЛЕ НАКНАДЕ ПО
ОСНОВУ ПОСЕБНЕ НЕГЕ ДЕТЕТА**

_____ из _____
(име и презиме подносиоца захтева) (место)

_____, број телефона _____,
(адреса)

мејл адреса _____ ангажовано по основу _____

(врста ангажовања - уговора)

подносим захтев за вештачење здравственог стања детета,

_____, рођеног _____ у _____,
(име и презиме детета) (датум и година) (место)

у поступку остваривања права на на остале накнаде по основу посебне неге детета, а ради упућивања надлежној комисији.

Уз захтев прилажем и медицинску документацију у складу са чланом 13. Правилника о условима, поступку и начину остваривања права на одсуство са рада или рада са половином пуном радног времена, ради посебне неге детета.

Датум:

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА

(својеручни потпис)