



Prezime (ime oca/majke) i ime učenika/studenta			
Adresa		Datum podneska	
JMBG		Kontakt telefon	

## OPĆINA TEŠANJ

### **PREDMET:** *Zahtjev za prestanak prava na zdravstveno osiguranje učenika/studenata*

Obraćam se Službi za društvene djelatnosti i investicije općine Tešanj zahtjevom za prestanak prava na zdravstveno osiguranje.

### **Podatci o zastupniku, punomoćniku ili staratelju:**

Prezime (Ime oca) i ime			
Adresa		JMBG	

### **PRILOG:**

Red ni broj	Naziv dokumenta	Izdaje ili posjeduje	Forma
1	Diploma o završenom škovanju ili Potvrda o završenoj školi ili Prijava na zavod za zapošljavanje ili Ugovor o radu ili drugi dokument kojim podnosilac zahtjeva dokazuje da je zdravstveno osiguran po drugom osnovu	Obrazovna ustanova/Fakultet/Škola Zavod za zapošljavanje, Poslodavac	Kopija

**PODNOŠILAC ZAHTJEVA**

\_\_\_\_\_