



|   |  |                 |  |
|---|--|-----------------|--|
| Prezime (ime oca/majke) i<br>ime učenika/studenta |  |                 |  |
| Adresa  |  | Datum podneska  |  |
| JMBG  |  | Kontakt telefon |  |

## OPĆINA TEŠANJ

### **PREDMET:** *Zahtjev o priznanju prava na zdravstveno osiguranje učenika/studenata*

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

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

|                         |  |      |  |
|-------------------------|--|------|--|
| Prezime (Ime oca) i ime |  |      |  |
| Adresa                  |  | JMBG |  |

### **PRILOG:**

| Red<br>ni<br>broj | Naziv dokumenta   | Izdaje ili posjeduje              | Forma                           |
|-------------------|---|-----------------------------------|---------------------------------|
| 1                 | Izvod iz matične knjige rođenih   | Matični ured                      | Kopija                          |
| 2                 | Uvjerenje o mjestu<br>prebivališta/boravišta  | CIPS                              | Kopija                          |
| 3                 | Uvjerenje -Potvrda obrazovne<br>ustanove o statusu učenika/studenta                     | Obrazovna ustanova/Fakultet/Škola | Kopija                          |
| 4                 | Kućna lista   | Nadležna sužba općine             | Original/<br>Ovjerena<br>kopija |
| 5                 | Potpisana i ovjerena Izjava da ne<br>koristi zdravstveno osiguranje po<br>drugom osnovu | Nadležna sužba općine             | Original/<br>Ovjerena<br>kopija |
| 6                 | Zdravstvena legitimacija  | Nadležna institucija              | Original                        |

**PODNOŠILAC ZAHTEJEVA**

\_\_\_\_\_