

.....  
Ime (ime jednog roditelja) Prezime  
.....  
Adresa (ulica i broj)  
.....  
Mjesto, poštanski broj  
.....  
Kontakt telefon  
.....  
JMBG  
.....  
Broj lične-osobne karte

GRAD GRAČANICA			
Primljeno:			
Org.jedinica	Klas.oznaka	Redni broj	Godina

**SLUŽBA ZA UPRAVU,  
DRUŠTVENE DJELATNOSTI,  
BORAČKO INVALIDSKU ZAŠTITU I  
ZAJEDNIČKE POSLOVE**

---

**PREDMET:           Zahtjev za povećanje procenta vojnog invaliditeta**

---

Podnosim zahtjev i molim da se uputim ponovno na komisiju za ocjenu vojnog invaliditeta, jer se moje zdravstveno stanje znatno pogoršalo.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**PRILOZI:**

- Medicinska dokumentacija,
- .....
- .....

Gračanica, .....godine

.....  
Podnosilac zahtjeva