
(ime i prezime)

(prebivalište)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(OIB)

(kontakt telefon/mobitel)



REPUBLIKA HRVATSKA
SPLITSKO-DALMATINSKA ŽUPANIJA
OPĆINA PODSTRANA

UPRAVNI ODJEL ZA JAVNU NABAVU, GOSPODARSTVO,
DRUŠTVENE DJELATNOSTI I EU FONDOVE

PREDMET: Zahtjev za priznavanje prava na besplatnu mjesečnu pokaznu kartu na temelju zdravstvenog uvjeta

Molim da mi odobrite pravo na besplatnu mjesečnu pokaznu kartu sukladno Članku 50. Odluke o socijalnoj skrbi (Službeni glasnik Općine Podstrana broj 08/2023; 23/2023).

IZJAVA

Za istinitost i točnost navedenih podataka snosim materijalnu i kaznenu odgovornost. Suglasan/a sam da Općina Podstrana, Upravni odjel za javnu nabavu, gospodarstvo, društvene djelatnosti i EU fondove prikuplja i obrađuje gore navedene osobne podatke i prosljeđuje ih trećoj strani u svrhu priznavanja traženog prava iz Odluke o socijalnoj skrbi („Službeni glasnik Općine Podstrana“, broj 08/2023; 23/2023).

U Podstrani, _____

(potpis podnositelja zahtjeva)

PRIVITAK:

1. Preslika osobne iskaznice – dokaz o prebivalištu
2. Medicinska dokumentacija – Rješenje nadležnih službi o utvrđivanju tjelesnog ili mentalnog oštećenja.
3. Potvrda da su regulirane sve financijske obveze vlasnika nekretnine u kojoj osoba ima prijavljeno prebivalište prema Općini Podstrana.