

\_\_\_\_\_  
Prezime (ime oca) ime

\_\_\_\_\_  
JMBG

\_\_\_\_\_  
Broj lične karte – MUP

\_\_\_\_\_  
Adresa stanovanja (mjesto, ulica i broj)

\_\_\_\_\_  
Kontakt telefon

\_\_\_\_\_  
E-mail adresa

**OPĆINA FOJNICA  
SLUŽBA ZA OPĆU UPRAVU I BORAČKO -INVALIDSKU ZAŠTITU  
Bosanska 94.**

**PREDMET: Zahtjev za kontrolni pregled**

Rješenjem Službe za opću upravu, društvene djelatnosti, civilnu zaštitu i zajedničke poslove općine Fojnica, priznato mi je pravo na \_\_\_\_\_.  
Kako je navedenim Rješenjem i nalazom prvostupanjske ljekarske komisije utvrđena potreba kontrolnog pregleda u \_\_\_\_\_, obračam Vam se ovim Zahtjevom da me uputite na ponovnu procjenu invaliditeta.

**Zahtjevu prilažem:**

1. Fotokopiju lične karte
2. Fotokopiju Rješenja
3. Fotokopiju novih medicinskih nalaza
4. Fotokopiju ranijeg nalaza i mišljenja

\_\_\_\_\_  
(Mjesto i datum)

\_\_\_\_\_  
(Potpis podnosioca zahtjeva)

