



Općina Kakanj

Podnosilac zahtjeva:

PREZIME	
IME	
IME RODITELJA	
ADRESA STANOVANJA	
KONTAKT TELEFON	

BROJ PROTOKOLA

**SLUŽBA ZA DRUŠTVENE DJELATNOSTI, BORAČKA
PITANJA, RASELJENA LICA, IZBJEGLICE I POVRATNIKE**

PREDMET: Zahtjev za odjavu zdravstvenog osiguranja za učenike i studente

Uz zahtjev **obavezno** priložiti odgovarajuću dokumentaciju:

- CIPS
- Rodni list
- Drugo

NAPOMENA: Korisnici prava dužni su u roku od 15 dana od dana nastale promjene, prijaviti ovom organu sve činjenice i promjene bitne za regulisanje prava na zdravstveno osiguranje.

Svojom potpisom dajem saglasnost za prosljeđivanje ličnih i ostalih podataka iz ove prijave u cilju provjere njihove tačnosti i vjerodostojnosti.

Kakanj, _____ . godine

PODNOŠILAC ZAHTJEVA

L.K. _____ PU _____