
(ime , prezime i ime oca)

(dan , mjesec, godina i mjesto rođenja)

(prebivalište , ulica , broj i telefon)

**ŠIBENSKO – KNINSKA ŽUPANIJA
UPRAVNI ODJEL ZA ZDRAVSTVO
I SOCIJALNU SKRB
Odsjek za hrvatske branitelje**

**ZAHTJEV
ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA OBITELJSKU INVALIDNINU
ZA VRIJEME NEZAPOSLENOSTI**

Završio-la / prekinuo / la sam redovito školovanje dana
_____.

Nezaposlen – a sam.

Molim da mi se prizna pravo na obiteljsku invalidninu i nakon završetka / prekida redovitog školovanja , jer sam nezaposlen- a , do eventualnog zaposlenja , a najduže 12 mjeseci nakon završetka / prestanka redovitog školovanja.

U Šibeniku , _____

PODNOŠITELJ ZAHTJEVA
