**DUBROVAČKO-NERETVANSKA ŽUPANIJA**

**Upravni odjel za zdravstvo, obitelj i branitelje**

# ZAHTJEV ZA UTVRĐIVANJE NOVOG POSTOTKA OŠTEĆENJA

# ORGANIZMA RADI PRIZNAVANJA STATUSA MIRNODOPSKOG VOJNOG INVALIDA (MVI) I PRAVA PO TOJ OSNOVI

**OSOBNI PODACI**:

IME I PREZIME, IME RODITELJA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ADRESA PREBIVALIŠTA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(navesti adresu sa osobne iskaznice, ukoliko se razlikuje od adrese na kojoj korisnik boravi navesti obje adrese)*

MJESTO I DRŽAVA ROĐENJA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATUM ROĐENJA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

OIB: MBG:

BROJ TELEFONA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ BROJ MOBITELA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

U RADNOM SAM ODNOSU: *(zaokružiti)*   **DA NE**

KORISNIK/CA SAM PRAVA NA MIROVINU: *(zaokružiti)* **DA NE**

PODACI OPUNOMOĆENIKA - ZAKONSKOG ZASTUPNIKA – SKRBNIKA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ime i prezime, adresa prebivališta, broj telefona)*

**Rješenjem od** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **godine** **odbijen mi je zahtjev za priznavanje statusa MVI po osnovi:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **zbog neudovoljavanja uvjeta iz Zakona u pogledu postotka oštećenja organizma**.

**Zbog pogoršanja zdravstvenog stanja, tražim ponovnu ocjenu oštećenja organizma i priznavanje statusa MVI po osnovi** *(zaokruži i dopuni)*:

1. **ranjavanja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **ozljede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
3. **bolesti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**IZJAVA O MEDICINSKOJ DOKUMENTACIJI**

Uz ovaj zahtjev priložio/la sam svu medicinsku dokumentaciju s kojom raspolažem u trenutku podnošenja zahtjeva, a koja se odnosi na ranjavanje / ozljeđivanje / zatočeništvo / bolest za koje/u sam tražio/la utvrđivanje novog postotka oštećenja organizma radi priznavanja statusa MVI.

**DA NE**

**IZJAVA O SUGLASNOSTI**

Upoznat-a sam da se sukladno Zakona o provedbi opće uredbe o zaštiti podataka (»Narodne novine« broj 42/18) i Općom uredbom o zaštiti podataka (EU 2016/679) moji osobni podaci kao podnositelja zahtjeva za priznavanje i podaci članova mojeg kućanstva prikupljaju isključivo za priznavanje gore navedenog prava te da se u druge svrhe neće koristiti. Dobrovoljno dajem svoje osobne podatke i podatke članova kućanstva te privolu u smislu prikupljanja i obrade istih u navedenu svrhu.

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ godine  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(potpis podnositelja)*