

Образац број 1а – ЗОНПНД

ОПШТИНСКА - ГРАДСКА УПРАВА

Број: \_\_\_\_\_

**ЗАХТЕВ ЗА ВЕШТАЧЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНОГ СТАЊА ДЕТЕТА У  
ПОСТУПКУ ОСТВАРИВАЊА ПРАВА НА ОСТАЛЕ НАКНАДЕ ПО  
ОСНОВУ ПОСЕБНЕ НЕГЕ ДЕТЕТА**

\_\_\_\_\_ из \_\_\_\_\_  
(име и презиме подносиоца захтева) (место)

\_\_\_\_\_, број телефона \_\_\_\_\_,  
(адреса)

мејл адреса \_\_\_\_\_ ангажовано по основу \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(врста ангажовања - уговора)

подносим захтев за вештачење здравственог стања детета,

\_\_\_\_\_, рођеног \_\_\_\_\_ у \_\_\_\_\_,  
(име и презиме детета) (датум и година) (место)

у поступку остваривања права на остале накнаде по основу посебне неге детета, а ради упућивања надлежној комисији.

Уз захтев прилажем и медицинску документацију у складу са чланом 13. Правилника о условима, поступку и начину остваривања права на одсуство са рада или рада са половином пуном радног времена, ради посебне неге детета.

Датум:

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА

\_\_\_\_\_  
(својеручни потпис)