
(Ime i prezime)

(Adresa)

(Datum rođenja)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(OIB)

(kontakt telefon/mobitel)



REPUBLIKA HRVATSKA
SPLITSKO-DALMATINSKA ŽUPANIJA
OPĆINA PODSTRANA

UPRAVNI ODJEL ZA JAVNU NABAVU, GOSPODARSTVO,
DRUŠTVENE DJELATNOSTI I EU FONDOVE

PREDMET: Zahtjev za priznavanje prava na besplatnu mjesečnu pokaznu
Kartu na temelju zdravstvenog uvjeta

Molim da mi odobrite pravo na besplatnu mjesečnu pokaznu kartu sukladno Članku 49. Odluke o socijalnoj skrbi (Službeni glasnik Općine Podstrana broj 08/2023).

IZJAVA:

Za istinitost i točnost navedenih podataka snosim materijalnu i kaznenu odgovornost. Suglasan/a sam da Općina Podstrana, Upravni odjel za javnu nabavu, gospodarstvo, društvene djelatnosti i EU fondove prikuplja i obrađuje gore navedene osobne podatke i prosljeđuje ih trećoj strani u svrhu priznavanja traženog prava iz Odluke o socijalnoj skrbi („Službeni glasnik Općine Podstrana“, broj 08/2023).

U Podstrani, _____

(potpis podnositelja prijave)

PRIVITAK:

1. Preslika osobne iskaznice – dokaz o prebivalištu,
2. Medicinska dokumentacija – Rješenje nadležnih službi o utvrđivanju tjelesnog ili mentalnog oštećenja,
3. Potvrda da su regulirane sve financijske obveze vlasnika nekretnine u kojoj osoba ima prijavljeno prebivalište prema Općini Podstrana.