

\_\_\_\_\_

(ime, ime oca, prezime)

\_\_\_\_\_

(JMBG)

\_\_\_\_\_

(adresa stanovanja – ulica, broj, poštanski broj i mjesto)

\_\_\_\_\_

(kontakt telefon)

**MINISTARSTVO ZA BORAČKA PITANJA  
BOSANSKO-PODRINJSKOG KANTONA GORAŽDE**  
ul. 1. slavne višegradske brigade broj 2a, 73 000 Goražde

**PREDMET:** Zahtjev za izdavanje uvjerenja

Molim navedeni naslov da mi izda uvjerenje da u tekućoj godini po programima Ministarstva za boračka pitanja Bosansko-podrinjskog kantona Goražde nisam ostvario/la pravo na jednokratnu novčanu pomoć za **vlastito liječenje / liječenje članova porodičnog domaćinstva** (zaokružiti na koga se odnosi).

Podaci o članovima porodičnog domaćinstva:

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

Uvjerenje mi je potrebno u svrhu prijave na javni poziv za podnošenje zahtjeva za dodjelu jednokratne novčane pomoći za pomoć u liječenju branilaca / članova uže porodice, objavljen od strane Federalnog ministarstva za pitanje boraca i invalida odbrambeno – oslobodilačkog rata.

Uz zahtjev obavezno priložiti **dokaz o pripadnosti** boračkoj populaciji.

U skladu sa odredbom člana 8. stav (1) tačka a) i člana 9. stav (2) Zakona o zaštiti ličnih podataka („Službeni glasnik BiH“, broj: 12/25), kao nosilac podataka, izjavljujem i potpisom potvrđujem da sam saglasan/a da Ministarstvo za boračka pitanja Bosansko-podrinjskog kantona Goražde vrši obradu svih mojih ličnih podataka u svrhu izdavanja gore navedenog uvjerenja, u trajanju od tri godine.

\_\_\_\_\_

(mjesto)

\_\_\_\_\_

(Podnosilac zahtjeva)

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_. godine  
(datum)