

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА  
ПЕНЗИЈСКО И ИНВАЛИДСКО  
ОСИГУРАЊЕ

ФИЛИЈАЛА \_\_\_\_\_

Број досијеа \_\_\_\_\_

(полуњава овлашћени радник Фонда)

**ЗАХТЕВ ЗА ПРИЗНАВАЊЕ ПРАВА НА ИНВАЛИДСКУ ПЕНЗИЈУ  
КОРИСНИКА ПРАВА ПО ОСНОВУ ДРУГЕ И ТРЕЋЕ КАТЕГОРИЈЕ  
ИНВАЛИДНОСТИ, ОДНОСНО ПРЕОСТАЛЕ РАДНЕ СПОСОБНОСТИ,  
КОМЕ ЈЕ ПРЕСТАЛО ЗАПОСЛЕЊЕ**

Подносим захтев да ми се призна право на инвалидску пензију по престанку запослења

I	<b>ПОДАЦИ О ПОДНОСИОЦУ ЗАХТЕВА</b>	Податке у захтеву уписати штампаним словима, а тачан податак потврдити са X					
1.	<b>ПРЕЗИМЕ, ИМЕ ЈЕДНОГ РОДИТЕЉА, ДЕВОЈАЧКО ПРЕЗИМЕ И ИМЕ</b>						
2.	<b>а. ЈЕДИНСТВЕНИ МАТИЧНИ БРОЈ ГРАЂАНА ( ИЗ ЛИЧНЕ КАРТЕ ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА )</b>						
	<b>б. ЛИЧНИ БРОЈ ОСИГУРАНИКА ( ИЗ РАДНЕ КЊИЖИЦЕ ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА )</b>						
3.	<b>а. МЕСТО ПРЕБИВАЛИШТА И ОПШТИНА</b>	_____ (УЛИЦА И БРОЈ) _____ (МЕСТО ПРЕБИВАЛИШТА) <table border="1" data-bbox="803 1129 945 1159"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> _____ (ПОШТАНСКИ БРОЈ И ОПШТИНА)					
	<b>б. КОНТАКТ ТЕЛЕФОН</b>						

II **УЗ ЗАХТЕВ ПРИЛАЖЕМ: (ОДГОВАРАЈУЋИ КВАДРАТИЋ ОЗНАЧИТИ СА "X")**

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 1. Закључену радну књижицу   | <input type="checkbox"/> |
| 2. Решење о престанку радног односа  | <input type="checkbox"/> |
| 3. Доказ о дужини коришћења права код Националне службе за запошљавање.<br>За лица којима је исплаћена једнократна новчана накнада - потврду колико би трајало коришћење права на<br>накнаду да није исплаћена једнократна накнада | <input type="checkbox"/> |

у \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ године

ПОТПИС ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА