

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА
ПЕНЗИЈСКО И ИНВАЛИДСКО
ОСИГУРАЊЕ
ДИРЕКЦИЈА

Број досијеа _____
(попуњава овлашћени радник Фонда)

**ЗАХТЕВ ЗА ПРИЗНАВАЊЕ ПОСЕБНОГ СТАЖА
ПО ОСНОВУ УЧЕШЋА У ОРУЖАНИМ АКЦИЈАМА,
ЗАРОБЉЕНИШТВУ, ЛЕЧЕЊУ И РЕХАБИЛИТАЦИЈИ**

Подносим захтев за признавање посебног стажа по основу учешћа у оружаним акцијама, заробљеништву, лечењу и рехабилитацији

I	ПОДАЦИ О ПОДНОСИОЦУ ЗАХТЕВА	Податке у захтеву уписати штампаним словима, а тачан податак потврдити са X								
1.	ПРЕЗИМЕ, ИМЕ РОДИТЕЉА И ИМЕ									
2.	а. ЈЕДИНСТВЕНИ МАТИЧНИ БРОЈ ГРАЂАНА (ИЗ ЛИЧНЕ КАРТЕ ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА)									
	б. ЛИЧНИ БРОЈ ОСИГУРАНИКА (ИЗ РАДНЕ КЊИЖИЦЕ ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА)									
3.	а. МЕСТО ПРЕБИВАЛИШТА И ОПШТИНА	_____ (УЛИЦА И БРОЈ) _____ (МЕСТО ПРЕБИВАЛИШТА) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ (ПОШТАНСКИ БРОЈ И ОПШТИНА)								
	б. КОНТАКТ ТЕЛЕФОН									
II	ПОДАЦИ О ПЕРИОДИМА ЗА КОЈЕ СЕ ТРАЖИ УТВРЂИВАЊЕ ПОСЕБНОГ СТАЖА									
1.	<input type="checkbox"/> ВРШИО САМ ВОЈНЕ ДУЖНОСТИ, ДРУГЕ ДУЖНОСТИ ЗА ВОЈНЕ ЦИЉЕВЕ, ЗА ЦИЉЕВЕ ДРЖАВНЕ БЕЗБЕДНОСТИ У АКЦИЈАМА, БИО У ЗАРОБЉЕНИШТВУ	<table border="1"><thead><tr><th colspan="2">ПЕРИОД</th></tr><tr><th>ОД</th><th>ДО</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	ПЕРИОД		ОД	ДО				
ПЕРИОД										
ОД	ДО									
2.	<input type="checkbox"/> ПРОВЕО САМ НА ЛЕЧЕЊУ И МЕДИЦИНСКОЈ РЕХАБИЛИТАЦИЈИ ЗБОГ БОЛЕСТИ ИЛИ ПОВРЕДА ЗАДОБИЈЕНИХ У АКЦИЈАМА И ЗАРОБЉЕНИШТВУ	<table border="1"><thead><tr><th colspan="2">ПЕРИОД</th></tr><tr><th>ОД</th><th>ДО</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	ПЕРИОД		ОД	ДО				
ПЕРИОД										
ОД	ДО									
3.	У ПЕРИОДУ ЗА КОЈИ СЕ ТРАЖИ УТВРЂИВАЊЕ ПОСЕБНОГ СТАЖА:									
	<input type="checkbox"/> Био сам обавезно осигуран по основу:	<input type="checkbox"/> Нисам био обавезно осигуран								
	<input type="checkbox"/> Запослења									
	<input type="checkbox"/> Обављања самосталне делатности									
	<input type="checkbox"/> Обављања пољопривредне делатности									

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

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Оверену фотокопију војне књижице | <input type="checkbox"/> |
| 2. Потврду, уверење војне јединице, установе, војног одсека | <input type="checkbox"/> |
| 3. Потврду о лечењу и рехабилитацији | <input type="checkbox"/> |

У _____,
_____ године

ПОТПИС ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА