

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА
ПЕНЗИЈСКО И ИНВАЛИДСКО
ОСИГУРАЊЕ

ФИЛИЈАЛА _____

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="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> _____ (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 УСЛЕД 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