

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 | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| 1. ПРЕЗИМЕ, ИМЕ РОДИТЕЉА И ИМЕ | Податке у захтеву уписати штампаним словима, а тачан податак потврдити са X | | | | | |
| 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 (АРДЕСА ИЗ ВАЖЕЋЕ ЛИЧНЕ КАРТЕ) (ЗА ПРИВРЕМЕНО РАСЕЉЕНА ЛИЦА СА ПОДРУЧИЈА КИМ АДРЕСА ИЗ ЗЕЛЕНОГ КАРТОНА ИЛИ ПОТВРДЕ МУП) (ЗА СТРАНЦЕ АДРЕСА ИЗ ПОТВРДЕ О БОРАВИШТУ) | _____ (УЛИЦА И БРОЈ) _____ (МЕСТО ПРЕБИВАЛИШТА) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> _____ (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