
(ime i prezime roditelja podnosioca zahtjeva)

(adresa)

(telefon, mobitel)

OIB roditelja

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**SPLITSKO-DALMATINSKA ŽUPANIJA
UPRAVNI ODJEL ZA ZDRAVSTVO I
SOCIJALNU SKRB**

ZAHTJEV ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA NOVČANU POMOĆ ZA NOVOROĐENO DIJETE

Molim da mi se prizna pravo na novčanu pomoć za novorođeno dijete:

_____, rođeno dana _____.

Osim navedenog djeteta u kućanstvu živim s djetetom/djecom i to:

1. _____ OIB: _____
2. _____ OIB: _____
3. _____ OIB: _____
4. _____ OIB: _____
5. _____ OIB: _____
6. _____ OIB: _____
7. _____ OIB: _____
8. _____ OIB: _____
9. _____ OIB: _____
10. _____ OIB: _____

Za istinitost i točnost navedenih podataka snosim materijalnu i kaznenu odgovornost.

Podnositelj zahtjeva dobrovoljno daje podatke u svrhu ostvarivanja novčane pomoći za novorođeno dijete. Isti će se obrađivati samo u svrhu u koju su prikupljeni te se u druge svrhe neće koristiti. U slučaju uskrate bilo kojeg podatka potrebnog za ostvarivanje novčane pomoći, zahtjev se neće moći riješiti.

Split, _____

(potpis roditelja podnosioca zahtjeva)