

**CENTAR ZA SOCIJALNU SKRB  
ZAPREŠIĆ**

**ZAHTJEV  
ZA PREISPITIVANJE PRAVA – KONTROLNO VJEŠTAČENJE**

\_\_\_\_\_ rođ. \_\_\_\_\_  
( ime i prezime korisnika/ce) ( datum rođenja )

OIB: \_\_\_\_\_

iz \_\_\_\_\_  
(adresa stanovanja )

Telefon / mob. \_\_\_\_\_

Podnosim zahtjev za : Preispitivanje prava na osobnu invalidninu  
Prestanak prava na osobnu invalidninu  
Promjenu adrese dostave osobne invalidnine

Zbog promijenjenih činjenica i okolnosti o kojima ovisi ostvarivanje prava dajem  
sljedeću

**IZJAVU**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

U Zaprešiću, \_\_\_\_\_

Potpis \_\_\_\_\_

Uz zahtjev prilažem dokumentaciju:

- 
- 
-