
(ime i prezime roditelja)

ZADARSKA ŽUPANIJA
Upravni odjel za zdravstvo i socijalnu skrb

Zadar, B. Petranovića 8

Predmet: Novčana pomoć za opremu novorođenog djeteta

Kao roditelj/skrbnik _____
(ime i prezime djeteta)

rođ. _____ ,
(datum rođenja djeteta)

molim da mi priznate pravo na novčanu pomoć za opremu novorođenog djeteta, sukladno O D L U CI o rasporedu novčane pomoći za opremu novorođenog djeteta (Službeni glasnik Zadarske županije br. 12/2014)

Suglasan sam da mi se novčana pomoć isplati na tekući račun broj:

(upisati broj tekućeg računa, te naziv banke)

S poštovanjem,

(potpis)

Prilozi:

- kopija rodnog lista za novorođeno dijete
- kopija osobne iskaznice jednog od roditelja
- naziv banke i broj računa jednog od roditelja