

PRILOGA 3

**ZAHTEVEK ZA UVELJAVLJANJE PRAVICE DO VEČJEGA OBSEGA
ZDRAVSTVENEGA VARSTVA**

Priimek: _____ Ime: _____

Datum rojstva: _____ Kraj in država rojstva: _____

Naslov prebivanja: _____

Številka izkaznice osebe z začasno zaščito ali EMŠO: _____

Ime in priimek ter naslov zakonitega zastopnika oziroma skrbnika, če je vlagatelj postavljen pod skrbništvo:

V skladu s 27. členom Zakona o začasni zaščiti razseljenih oseb (Uradni list RS, št. 16/17 – uradno prečiščeno besedilo) uveljavljam pravico do večjega obsega zdravstvenega varstva. Prilagam ustrezna dokazila.

(kraj in datum)

(podpis vlagatelja)

Priloge (ustrezno obkroži):

a) kopija medicinske dokumentacije;

b) drugo: _____