

Podatke vpisujete s tiskanimi črkami.

Prostor za sprejemno stampiljko.

VLOGA
ZA UVELJAVLJANJE PRAVIC IZ OBČINSKEGA PRORAČUNA
- FINANCIRANJE MLEČNIH PREPARATOV DO 18. MESECA OTROKOVE
STAROSTI – SOCIALNA IN ZDRAVSTVENA INDIKACIJA (15203)

1. VLAGATELJ/-ICA:

.....
priimek in ime

naslov stalnega prebivališča:.....
ulica, hišna št. poštna št. in kraj

telefon (neobvezno) EMŠO:

Davčna številka vlagatelja/-ice.....

2. PODATKI O OTROKU/-CIH

Zap. št.	Priimek in ime	Naslov stalnega prebivališča	EMŠO	Davčna številka
1.				
2.				
3.				

3. PODATKI O IZBRANEM/-I PEDIATRU/-INJI

Naziv ambulante.....

.....
priimek in ime pediatra/-inje

Sedež ambulante :

ulica, hišna št. poštna št. in kraj

telefon (neobvezno)

4. KRATEK OPIS SOCIALNIH RAZMER DRUŽINE OZIROMA ZDRAVSTVENIH RAZMER OTROKA

.....
.....
.....
.....

5. IZJAVA

Vlagatelj/-ica izjavljam:

- da so vsi podatki, ki sem jih navedel/-la v vlogi resnični, točni in popolni **in da za svojo izjavo prevzemam vso materialno in kazensko odgovornost**
- da dovoljujem, da si občinska uprava za potrebe odločanja o financiranju mlečnih preparatovi pridobi iz uradnih evidenc osebne in druge podatke

V Pesnici pri Mariboru, dne

Podpis vlagatelja/-ice

PRILOGE:

- izpisek iz matičnega registra o rojstvu
- potrdilo izbranega pediatra o zdravstveni indikaciji otroka
- odločbo o upravičenosti do denarne socialne pomoči
- odločba pristojnega organa, če pravico uveljavlja zakonit zastopnik