|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| sabor_grb_rh_220 - mali | **REPUBLIKA HRVATSKA**  **VUKOVARSKO-SRIJEMSKA ŽUPANIJA**  **Upravni odjel za zdravstvo i socijalnu skrb** |  |
|  |  |  |

**IZJAVA**

**o istinitosti podataka**

(ispunjava podnositelj zahtjeva)

Ja, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , OIB: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

broj osobne iskaznice: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , s prebivalištem na adresi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

kao podnositelj zahtjeva pod punom kaznenom i materijalnom odgovornošću **izjavljujem** da ispunjavam uvjete iz Pravilnika o uvjetima i postupku ostvarivanja prava na pomoć umirovljenicima sa prebivalištem na području Vukovarsko-srijemske županije za 2025. godinu.

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , dana \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025. godine

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

(potpis davatelja izjave)