



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 2022. godinu.

U _____, dana _____ 2022. godine

(potpis davatelja izjave)