

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: \_\_\_\_\_