

Priloga 1

**VLOGA ZA UVELJAVLJANJE PRAVICE DO VEČJEGA OBSEGA ZDRAVSTVENEGA
VARSTVA****Vlagatelj**

Priimek: _____ Ime: _____

Naslov prebivanja: _____

EMŠO: _____

Telefon:* _____ E-pošta:* _____

Podatki o zakonitem zastopniku oziroma skrbniku, če je vlagatelj postavljen pod skrbništvo:

Priimek: _____ Ime: _____

Naslov prebivanja: _____

Telefon:* _____ E-pošta:* _____

V skladu s 45. členom Zakona o začasni zaščiti razseljenih oseb (Uradni list RS, št. ...) uveljavljam
pravico do večjega obsega zdravstvenega varstva.

(kraj in datum)_____
(podpis vlagatelja/skrbnika)**Priloge (obkrožite ustrezno):**

1. kopija medicinske dokumentacije;

2. drugo: _____

* neobvezno