

ЗАХТЕВ
ЗА УТВРЂИВАЊЕ ПРАВА НА УПИС ЛИЦА СА ИНВАЛИДИТЕТОМ

НАПОМЕНА: Захтев се попуњава ШТАМПАНИМ СЛОВИМА.

I ПОДАЦИ О ПОДНОСИОЦУ ЗАХТЕВА

1. Име _____

2. Име једног родитеља _____

3. Презиме (девојачко презиме) _____ (_____)

4. Пол женски мушки

5. Датум рођења _____

6. Место и држава рођења _____ / _____

7. Држављанство _____

8. Адреса на коју подносилац жели да му буду достављани акти Универзитета у поступку:

Улица и број _____

Поштански број и место _____

9. Електронска адреса¹ (E-mail) _____

10. Број телефона _____

¹ Молимо Вас да унос буде читак.

II ПОДАЦИ О МЕДИЦИНСКОЈ ДОКУМЕНТАЦИЈИ О ПОСТОЈАЊУ ИНАВЛИДИТЕТА

Напомена: наведене податке попуњава кандидат који не поседује решење надлежног органа о постојању телесног оштећења нити решење о праву на додатак за туђу негу и помоћ нити мишљење Интерресорне комисије.

1. Назив медицинске установе која је издала документацију: _____

2. Датум издавања медицинске документације: _____

III СВРХА ПОДНОШЕЊА ЗАХТЕВА²

- Упис у прву школску годину основних и интегрисаних студија;
- Упис у наредне школске године основних и интегрисаних студија.

Уз захтев се прилаже следећа документација:

- решење надлежног органа о постојању телесног оштећења;
- решење о праву на додатак за туђу негу и помоћ;
- мишљење Интерресорне комисије;
- медицинска документација о постојању инвалидитета.

IV ИЗЈАВА О ОБАВЕШТАВАЊУ И ДОСТАВЉАЊУ ЕЛЕКТРОНСКИМ ПУТЕМ

Потписивањем ове изјаве захтевам и прихватам да ми се у поступку сва обаштења и сви акти Универзитета у Београду достављају у електронској форми путем електронске поште: _____

У _____ (град), ____ . ____ . _____ (датум).

(потпис подносиоца захтева)

² Молимо Вас да заокружите једно поље.