
(Prezime i ime roditelja-majke i oca)

(Adresa stanovanja)

Tel/Mob: _____

OIB: _____

GRAD ROVINJ - ROVIGNO
UPRAVNI ODJEL ZA DRUŠTVENE DJELATNOSTI

PREDMET: *Zahtjev za jednokratnu novčanu pomoć za novorođenčad*

Molim Naslov da mi prizna pravo na dodjelu jednokratne novčane pomoći za novorođenčad, za dijete _____, koje je
(prezime i ime djeteta)

rođeno _____, u _____.
(datum rođenja) (mjesto rođenja)

U Rovinju, _____
(podnositelj zahtjeva)

NAPOMENA:

Za ostvarivanje prava na jednokratnu novčanu pomoć za novorođenčad, zahtjevu treba priložiti slijedeću dokumentaciju:

- 1. Izvadak iz matice rođenih za dijete**
 - 2. Uvjerenje o prebivalištu za jednog roditelja (koji mora imati najmanje 5 godina neprekidno prijavljeno prebivalište na području grada Rovinja)**
 - 3. Prezime i ime vlasnika broja tekućeg računa ili štedne knjižice i naziv banke:**
- _____