УНИВЕРЗИТЕТ У БЕОГРАДУ

Студентски трг бр. 1

Београд

**З А Х Т Е В**

**ЗА УТВРЂИВАЊЕ СТАТУСА КАНДИДАТА И СТУДЕНТА СА ИНВАЛИДИТЕТОМ**

**НАПОМЕНА: Захтев се попуњава ШТАМПАНИМ СЛОВИМА.**

**I ПОДАЦИ О ПОДНОСИОЦУ ЗАХТЕВА**

**1. Име** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. Име једног родитеља**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. Презиме (презимепо рођењу**)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**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 адреса**[[1]](#endnote-2)**(E-mail**)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**10. Број телефона**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II ПОДАЦИ О МЕДИЦИНСКОЈ ДОКУМЕНТАЦИЈИ О ПОСТОЈАЊУ ИНВАЛИДИТЕТА**

Напомена: наведене податке попуњава кандидат који не поседујерешење 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 ЗАХТЕВА**[[2]](#endnote-3)

⬜Упис у прву школску годину основних и интегрисаних студија на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(уписати назив факултета).

⬜Упис у наредне школске године основних и интегрисаних студијана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(уписати назив факултета).

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).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(потписподносиоца захтева)

1. Молимо Вас да унос буде читак. [↑](#endnote-ref-2)
2. Молимо Вас да заокружите једно поље. [↑](#endnote-ref-3)