
(prezime i ime roditelja)

(OIB)

(adresa stanovanja)

(broj telefona)

Novigrad-Cittanova, _____
(datum)

GRAD NOVIGRAD-CITTANOVA

**UPRAVNI ODJEL ZA POSLOVE UREDA
GRADONAČELNIKA, OPĆE POSLOVE
I DRUŠTVENE DJELATNOSTI
Veliki trg 1, 52466 NOVIGRAD**

**PREDMET: Zahtjev za priznavanje prava na pomoć za novorođeno
dijete**

Sukladno članku 30. Odluke o socijalnoj skrbi («Službene novine Grada Novigrada», broj 2/19), podnosim Naslovu zahtjev za priznavanje prava na pomoć za novorođeno dijete.

Molim da se isplata izvrši putem tekućeg računa broj:

IBAN: HR_____

otvorenog kod poslovne banke _____
(naziv poslovne banke)

(vlastoručni potpis)

Zahtjevu prilažem:

1. Izvadak iz matice rođenih djeteta (preslika)
2. Potvrdu o prijavi prebivališta djeteta (preslika)