**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **(Ime i prezime podnositelja zahtjeva)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Adresa prebivališta/boravišta podnositelja zahtjeva)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 **(OIB podnositelja zahtjeva)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **(Kontakt telefon/mobitel)**

**OPĆINA PODRAVSKA MOSLAVINA**

**J.J. STROSSMAYERA 150**

**31 530 PODRAVSKA MOSLAVINA**

**PREDMET: Zahtjev za oslobađanje od plaćanja komunalne naknade za 20\_\_.g.**

 **- dostavlja se**

 Temeljem članka 15. Odluke o komunalnoj naknadi ("Službeni glasnik Općine Podravska Moslavina" broj: 3/19) molim Naslov da me oslobodi plaćanja komunalne naknade za 20\_\_. godinu iz slijedećih razloga ako su:

1. korisnici zajamčene minimalne naknade
2. invalidi sa stupnjem oštećenja organizma iznad 50%
3. hrvatski vojni invalidi
4. članovi uže obitelji poginuloga, zatočenoga ili nestalog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata
5. osobe starije od 65 godina, ukoliko im prihod po članu domaćinstva ne prelazi 900,00 kuna
6. invalidi u invalidskim mirovinama

**PRILOG:**

-

-

-

**U\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_. godine**

 **(mjesto) (datum)**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **(potpis podnositelja zahtjeva)**

IZJAVA: Pod materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem i vlastoručno potpisom potvrđujem da su podaci navedeni u ovom zahtjevu i priloženoj dokumentaciji točni, potpuni i istiniti, te ovlašćujem Naslov da sukladno Zakonu o zaštiti osobnih podataka i drugim važećim propisima ima iste pravo obrađivati, provjeravati i čuti ih, a u svrhu ostvarenja prava na oslobađanja od plaćanja komunalne naknade.

**U\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_. godine**

 **(mjesto) (datum)**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **(potpis podnositelja zahtjeva)**