

ГРАДСКА УПРАВА  
ЗА СОЦИЈАЛНУ И ДЕЧИЈУ ЗАШТИТУ  
ГРАДА НОВОГ САДА  
Канцеларија за особе са инвалидитетом

Број: \_\_\_\_\_

Дана: \_\_\_\_\_

НОВИ САД  
Трг слободе 3. /I спрат Пословног центра „Аполо“/

**ЗАХТЕВ  
ЗА ИЗДАВАЊЕ ПОТВРДЕ О ИСПУЊЕНОСТИ УСЛОВА ЗА КОРИШЋЕЊЕ  
ПАРКИНГ МЕСТА ЗА ОСОБЕ СА ИНВАЛИДИТЕТОМ  
ЗА 2014. ГОДИНУ**

Име, име оца и презиме подносиоца захтева \_\_\_\_\_

Име, име оца и презиме особе са инвалидитетом- члана  
заједничког домаћинства \_\_\_\_\_

Сродство са подносиоцем захтева \_\_\_\_\_

Врста инвалидности или болести \_\_\_\_\_

Име и презиме власника путничког возила \_\_\_\_\_

марка \_\_\_\_\_ тип \_\_\_\_\_ регистарска ознака \_\_\_\_\_

Уз захтев прилажем **слику особе са инвалидитетом и фотокопије** следећих доказа:

1. лична карта за подносиоца захтева
2. саобраћајна дозвола
3. возачка дозвола
4. медицинска документација везана за инвалидност или болест
5. лична карта за одраслог члана заједничког домаћинства,  
а за децу извод из матичне књиге рођених или пријава пребивалишта, уколико је члан  
домаћинства особа са инвалидитетом

**НАПОМЕНА:**

Корисници који су остварили право на коришћење паркинг места за особе са инвалидитетом у 2013. години, уз захтев, прилажу само фотокопију саобраћајне дозволе и слику особе са инвалидитетом

**За нове кориснике, налепница за означавање возила, преузима се у Канцеларији, у року од пет дана од дана подношења захтева.**

**Уз захтев дајем следећу изјаву /на полеђини Захтева/**

## ИЗЈАВА

Изјављујем под кривичном и материјалном одговорношћу да:

- као корисник права на бесплатно паркирање ћу паркинг картицу поставити-залепити на унутрашњи доњи леви угао ветробранског стакла, тако да знак буде видљив споља и да га нећу скидати до краја важења паркинг картице
- уколико изгубим паркинг картицу, променим регистарски број возила, или променим возило у току важења инвалидске паркинг картице, као и да уколико дође до других промена које су од утицаја на испуњеност услова за коришћење паркинг места за особе са инвалидитетом, ћу обавести Градску управу за социјалну и дечију заштиту.

**Изјаву дао/ла**

---

Датум подношења захтева

---

**ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА**

---

(име и презиме)

---

(ЈМБГ)

---

(поштански бр.место,улица и бр.)

---

(број личне карте и СУП који је издао)

---

(телефон)