



РЕПУБЛИКА СРБИЈА
ГРАД НИШ
Градска општина Медијана

САГЛАСНОСТ ДРУГОГ РОДИТЕЉА, КОЈИ ЗАЈЕДНИЧКИ ВРШИ РОДИТЕЉСКО
ПРАВО ДА СЕ ИСПЛАТА ИЗВРШИ НА РАЧУН НАВЕДЕН У ПРИЈАВИ

Ја _____ из _____

ул. _____, са ЈМБГ _____

ЛК бр. _____ издатом од МУП-а РС ПУ/ПС _____,
дајем сагласност да се исплата једнократне новчане помоћи породицама са децом која се
налазе у систему основног образовања и васпитања а имају поремећај аутистичног
спектра изврши на рачун наведен у пријави.

ПОДАЦИ О ДЕТЕТУ:

Име и презиме: _____

ЈМБГ _____

ДАВАЛАЦ САГЛАСНОСТИ

(свјеручни потпис даваоца сагласности)