Izjava 3 **(popunjavaju samo podnositeljice zahtjeva koje ne žive u izvanbračnoj ili istospolnoj zajednici)**

**IZJAVA**

kojom ja, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, OIB:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

rođen/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(datum i mjesto rođenja) (adresa prebivališta)

pod materijalnom i kaznenom odgovornošću:

* izjavljujem kako ne živim u izvanbračnoj ili istospolnoj zajednici.

Ova izjava daje se u svrhu ostvarivanja prava na sufinanciranje troškova medicinski pomognute oplodnje.

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_2023.

POTPIS:

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