**ZAHTEVA PROTI KRČENJU PRAVIC SLEPIH IN SLABOVIDNIH NA PODLAGI ZAKONA O DOLGOTRAJNI OSKRBI**

**IN ZAKONA O OSEBNI ASISTENCI**

(PETICIJA ZVEZE DRUŠTEV SLEPIH IN SLABOVIDNIH SLOVENIJE)

Prosim, da zahtevane rubrike izpolnitev s čitljivimi tiskanimi črkami, nato pa v zadnjo rubriko dodate vaš podpis!

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Zap. št. | Ime in priimek | Naslov (ulica, pošta) | PODPIS |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |