



Република Србија, Аутономна Покрајина Војводина, Покрајински омбудсман  
Булевар Михајла Пупина 25, Нови Сад, 021/487-41-44

---

## ПРЕДСТАВКА

Име и презиме: \_\_\_\_\_

Датум рођења: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . год.

Улица и број: \_\_\_\_\_

Место:  \_\_\_\_\_ Општина: \_\_\_\_\_

Телефон(и): \_\_\_\_\_

Електронска адреса: \_\_\_\_\_

Да ли сте се раније жалили Покрајинском омбудсману:      Да              Не

На рад ког органа се жалите: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Којим поступком/актом је наведени орган повредио ваша права:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Да ли сте се поводом истог питања жалили неком другом органу:

Да              Не

Ако јесте наведите којем и када: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Када је настао проблем (наведите време када је учињена повреда или донет последњи акт)?:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Опишите проблем на који се жалите:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

