



## PRISTUPNICA

PODATKE UPISIVATI SAMO U SVJETLOPLAVA (zasjenčena) POLJA!

|                   |                      |                   |                      |
|-------------------|----------------------|-------------------|----------------------|
| Ime i prezime     | <input type="text"/> | OIB               | <input type="text"/> |
| Adresa stanovanja | <input type="text"/> | Mjesto stanovanja | <input type="text"/> |
| Datum rođenja     | <input type="text"/> | Datum ozljede     | <input type="text"/> |
| Broj telefona     | <input type="text"/> | Broj mobitela     | <input type="text"/> |
|                   |                      | e-mail:           | <input type="text"/> |

|                                                           |                                                         |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b><u>Vaša dijagnoza (stavite znak X)</u></b>             | <b><u>Uzrok ozljede (stavite znak X)</u></b>            |
| <input type="checkbox"/> PARAPLEGIA                       | <input type="checkbox"/> PROMET                         |
| <input type="checkbox"/> TETRAPLEGIA                      | <input type="checkbox"/> RAD                            |
| <input type="checkbox"/> PARAPAREZA                       | <input type="checkbox"/> SPORT                          |
| <input type="checkbox"/> TETRAPAREZA                      | <input type="checkbox"/> DRUGO                          |
| <b><u>Školovanje u tijeku? (stavite znak x)</u></b>       | <b><u>Imam djecu (stavite znak x)</u></b>               |
| <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE   | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |
| <b><u>Ostvarena stručna sprema (stavite znak X)</u></b>   | <b><u>Radni status (stavite znak x)</u></b>             |
| <input type="checkbox"/> OSNOVNA ŠKOLA                    | <input type="checkbox"/> U RADNOM ODNOSU                |
| <input type="checkbox"/> SREDNJA ŠKOLA                    | <input type="checkbox"/> BEZ POSLA                      |
| <input type="checkbox"/> VIŠA ŠKOLA                       | <input type="checkbox"/> U MIROVINI                     |
| <input type="checkbox"/> FAKULTET                         | <input type="checkbox"/> DRUGO                          |
| AKO SE I DALJE ŠKOLUJETE NAVEDITE ZADNJE ZAVRŠENI STUPANJ |                                                         |

### **Registrirajte svoja tri najveća problem**

### **Vaše sugestije za rad UPIT-a**

**VAŽNO!** Molimo Vas da nam dostavite fotokopiju medicinske dokumentacije koja dokazuje Vašu dijagnozu.  
(SAMO JEDAN DOKUMENT)

Mjesto i datum

Potpis