



U P I T I Ž  
UDRUGA PARAPLEGIČARA I TETRAPLEGIČARA ISTARSKE ŽUPANIJE



PRISTUPNICA

Ime i prezime: \_\_\_\_\_

Adresa stanovanja: \_\_\_\_\_

Broj telefona: \_\_\_\_\_ Broj mobilnog telefona: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

OIB: \_\_\_\_\_

Datum rođenja: \_\_\_\_\_ Datum ozljede: \_\_\_\_\_

Dijagnoza: **PARAPLEGIJA, TETRAPLEGIJA, PARAPAREZA, TETRAPAREZA** (podcrtajte odgovarajuće)

Uzrok oštećenja: **PROMET, RAD, SPORT, RAT, PAD, SKOK U VODU, DRUGO** \_\_\_\_\_  
(podcrtajte ili dopunite odgovarajuće)

Školovanje u tijeku: **DA NE** (podcrtajte odgovarajuće)

Stručna sprema: **OSNOVNA ŠKOLA, SREDNJA ŠKOLA, VIŠA ŠKOLA, FAKULTET** (podcrtajte odgovarajuće) \*Ako se i dalje školujete, podcrtajte najviši stupanj završenog školovanja

Zvanje/zanimanje: \_\_\_\_\_

Status: **ZAPOSLEN/ZAPOSLENA, NEZAPOSLEN/NEZAPOSLENA, UMIROVLJENIK/UMIROVLJENICA** (podcrtajte odgovarajuće)

Bračno stanje: **UDATA/OŽENJEN, NEUDATA/NEOŽENJEN** (podcrtajte odgovarajuće)

Imam djecu: **DA NE** (podcrtajte odgovarajuće)

Rangirajte svoja tri najveća problema:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Jeste li voljni pomoći u radu Udruge **AKTIVNO, PASIVNO** (podcrtajte odgovarajuće)

Vaše sugestije za rad Udruge paraplegičara i tetraplegičara Istarske županije:

\_\_\_\_\_  
Mjesto i datum

\_\_\_\_\_  
Potpis