

PRISTUPNICA

IME	
PREZIME	
ADRESA	
TELEFON	
MOBILNI TELEFON	
E-MAIL	
DATUM I MJESTO ROĐENJA	
OIB	
OSTVARENA STRUČNA SPREMA (BEZ ŠKOLE, OSN. ŠKOLA, SRED. ŠKOLA, VIŠA ŠKOLA, SVEUČILIŠTE)	
ZVANJE I ZANIMANJE	
RADNI STATUS (ZAPOSLEN/A -AKODA, GDJE?, NEZAPOSLEN/A, MIROVINA)	
BRAČNI STATUS	
IMAM DJECU	
VRSTA INVALIDITETA	
DATUM OZLJEDE	
UZROK OŠTEĆENJA (PROMET, RAD, SPORT, RAT, DRUGO -ŠTO?)	

VAŽNO! MOLIMO VAS DA NAM DOSTAVITE FOTOKOPIJU RJEŠENJA I MEDICINSKE DOKUMENTACIJE O
DIJAGNOSTICIRANOJ BOLESTI ILI OZLJEDI

U _____ DATUM _____ POTPIS _____