**EVIDENCIJA OBILAZAKA/PRIJEVOZA KORISNIKA**

(naziv udruge, OIB)

(ime i prezime osobe ovlaštene za zastupanje)

**upućujem**

(ime i prezime osobe i odnos s udrugom (član, volonter i sl.))

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| da dana |  | izvrši obilazak/prijevoz korisnika navedenih u tablici. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IME I PREZIME****(npr. Ivan Horvat)** | **ADRESA****(npr. Osijek, Ulica hrvatskih branitelja 7)** | **TRAJANJE I VRSTA ZADATKA****upisuje upućena osoba****(npr. od 8.00 do 9.00 prijevoz liječniku)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\* Ukoliko upućena osoba nije bila u mogućnosti izvršiti obilazak svih osoba koje su navedene u tablici, razlog ne obilaska je obvezan navesti u stupac: *trajanje zadatka*

*\** Ovaj obrazac je nužno popuniti kada udruga obilazi korisnika ili ga prevozi u slučaju potrebe odlaska liječniku ili radi drugih potreba

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ja** |  | (ime i prezime volontera) | **pod kaznenom i** |
| **materijalnom odgovornošću izjavljujem da sam izvršio obilazak/prijevoz svih osoba koje su navedene u tablici.** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| U |  | dana |  | 2025. godine. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (ime, prezime i potpis osobe upućene u obilazak) |  | (ime, prezime i potpis osobe ovlaštene za zastupanje udruge) |