



“M”
adatlap

EGÉSZSÉGÜGYI ENGEDÉLYEZÉSI ÉS
KÖZIGAZGATÁSI HIVATAL
Működési nyilvántartás
Egészségügyi Szakdolgozók
Kérelem

Munkáltató, vagy engedélyező hatóság tölti ki!
(munkáltatónként / engedélyező hatóságként külön lapot kell kitölteni)

Kérelmező adatai:

Név: _____ neme: _____

Születési név: _____ állampolgárság: _____

Születési hely, idő: _____

Anyja születési neve: _____

Szakképesítés megnevezése: _____

Munkaviszonyra vonatkozó adatok:

Munkahely megnevezése: _____

Munkahely címe: _____ Fő munkahely: { } igen { } nem

Beosztás: _____ Munkakör: _____ Telefon: _____

Foglalkozás jellege: { } Szabadfoglalkoztatás { } Egyéni EÜ vállalkozó { } Társas vállalkozás
{ } Közalkalmazott { } Munkaviszony { } Közszolgálati jvsz
{ } Szolgálati jogviszony { } Egyházi személy { } Önkéntes segítő

* Alulírott _____ a _____ (munkahely/be-
osztás) -a igazolom, hogy _____ (kérelmező) _____ (év, hónap, nap)-tól
_____ (év, hónap, nap)-ig / jelenleg is _____ órában _____ munkakörben
dolgozik.

* A _____ -től _____ -ig tartó továbbképzési időszakban gyakorlati pontjainak száma:
_____ (15 pont / év).

/működési nyilvántartás megújítása esetén töltendő ki a továbbképzési időszakra vonatkozóan/

* A kérelmező egészségügyi tevékenységet szüneteltette/szünetelteti _____ -től _____ -ig / je-
lenleg is _____ okból (pl.: GYES, GYED, közfeladat ellátása)

Elméleti továbbképzés összesített pontszáma (pontértékű elméleti továbbképzések igazolásai alapján): _____

Felelősségem tudatában kijelentem, hogy az adatlapon közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Kelt: _____, _____ (év) _____ (hó) _____ (nap)

munkáltató vagy engedélyező hatóság aláírása: _____

p.h.