

Kérelem

Háziorvostan vagy gyermekgyógyász képzésben résztvevő rezidens részére nyújtott támogatás

1. A kérelmező személyes adatai:

Név:

Születési név:

Születési hely, idő:

Anyja neve:

Személyazonosító irat típusa, száma:

Adóazonosító jele:

Lakóhely és tartózkodási hely:

Érvényes orvosi működési nyilvántartási száma:

Számlavezető bankjának megnevezése:

Számlaszáma:

2. Az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény végrehajtásáról szóló 313/2011. (XII.23.) Korm. rendelet 2. § (1) bekezdés b) pontja szerinti tartósan betöltetlen vagy az általa adás-vétel vagy öröklés útján megszerzett körzet meghatározása, melyre praxisjogot kíván szerezni:

típusa: felnőtt háziorvosi/házi gyermekorvosi *(Kérem, a megfelelőt aláhúzással jelölje!)*

a körzet száma:

a körzet azonosítója:

orvosi rendelő helye:

3. A praxis működtetésének tervezett időpontja:

4. Kérelemhez csatolandó:

a) a szakképzési megállapodás, mely igazolja a támogatott szakképzésben háziorvostan vagy gyermekgyógyász képzésben történő részvételét

b) a munkakör betöltésére vonatkozó alkalmasságáról a foglalkozás-egészségügyi orvosi igazolás,

c) a háziorvostan vagy gyermekgyógyász szakképesítés megszerzéséhez megfelelő végzettséget igazoló oklevél (általános orvosi oklevél),

d) önéletrajz,

e) 30 napnál nem régebbi erkölcsi bizonyítvány,

f) a rezidens nyilatkozata arról, hogy vállalja, hogy a szakvizsgát követően Budapest Főváros XX. kerület Pesterzsébet közigazgatási területén tartósan betöltetlen vagy az általa adás-vétel vagy öröklés útján megszerzett háziorvosi, házi gyermekorvosi praxis ellátására az Önkormányzattal feladatellátási szerződést kíván kötni és a praxisban legalább 5 évig személyes közreműködéssel kívánja ellátni az önálló orvosi tevékenységet.

Kelt, 20..... hó napján

.....

kérelmező

P.H.