

10. melléklet Kisláng Község Önkormányzata Képviselő-testületének  
települési támogatásokról és szociális ellátásokról  
szóló 15/2017.(IX.1.) önkormányzati rendelethez

**IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY**  
**rendszeres települési támogatás megállapításához/kötelező felülvizsgálatához**

(A támogatást kérelmező/támogatásban részesülő személy háziorvosa tölti ki.)

III. Igazolom, hogy

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó nap: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

Fizikai-egészségi állapota miatt munkavégzésre

alkalmas\*

nem alkalmas\*

Dátum: .....

P.H.

.....  
háziorvos aláírása  
munkahelyének címe

Tájékoztató  
a háziorvosi igazolás és szakvélemény kitöltéséhez

\*A megfelelő rész aláhúzendó.