

IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY
rendszeres települési támogatás megállapításához/kötelező felülvizsgálatához

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

I. 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.

.....

házi orvos aláírása
munkahelyének címe

Tájékoztató
a háziorvosi igazolás és szakvélemény kitöltéséhez

*A megfelelő rész aláhúzendó.