



KÉRELEM

egészségügyi szakdolgozók részére

Magyarországon történő tevékenységvégzéshez

Kérjük, az adatlap kitöltését megelőzően olvassa el a kitöltési útmutatót!

A Kérelmező adatai

(A *-al jelölt adatok kitöltése kötelező!)

Alapnyilvántartási/ működési nyilvántartási szám: 189032

*Családi és utónév (a személyi igazolványban szereplő név):

*Vezetéknév: SAMU

*1. utónév: ANDRAS

*2. utónév:

*Születési családi és utónév:

*Vezetéknév: SAMU

*1. utónév: ANDRAS

*2. utónév:

* Születési hely, idő: SIKLÓS, 1963.03.02.

*Neme: FFI

*Állampolgársága: MAGYAR

*Anyja születési családi és utóneve: BOGNAR LONA

*Az egészségügyi tevékenység gyakorlása során használt név:

Családi és utónév

{ } Születési családi és utónév

(A megfelelőt kérjük megjelölni. Tájékoztatjuk, hogy a jogszabály további választásra nem ad lehetőséget.)

*Doktori címet használni kívánom (a megfelelőt kérjük megjelölni): { } Igen { } Nem

*Lakóhely (lakcímkártya szerint):

7825 OLD, KOSSUTH LAJOS U.45.

*Levelezési cím:

||

Nem

Nyugdíjas:

{ } Igen

E-mail címe (a gyorsabb ügyintézés érdekében kérjük megadni): BANDIS@FREEMAIL.HU

Telefonszáma (a gyorsabb ügyintézés érdekében kérjük megadni): +36308778302

A kérelem tárgya

A kérelem tárgya (a megfelelőt kérjük x-elni):

{ } Első felvételi kérelem a működési nyilvántartásba

Működési nyilvántartás megújítása iránti kérelem

{ } Működési nyilvántartási igazolvány kiállítása új szakképesítés felvétele miatt

{ } Működési nyilvántartási ciklus meghosszabbítása iránti kérelem:

{ } Az egészségügyi tevékenységvégzés szüneteltetésének bejelentése, a ciklus hosszabbítására irányuló kérelem

{ } A szüneteltetés végének bejelentése, a meghosszabbított ciklust tanúsító működési nyilvántartási igazolvány igénylése

{ } Törlést követő újrafelvételi kérelem

{ } Adatváltozás bejelentés (tárgya:.....)

{ } Elveszett, megsemmisült stb. működési nyilvántartási igazolvány pótlása

{ } Felügyelet melletti tevékenységgyakorlás bejelentése

{ } Működési nyilvántartásból való törlés iránti kérelem

Működési nyilvántartással kapcsolatos kérelmemet az alábbi szakképesítés(eim) tekintetében terjesztem elő:

A kérelem elbírálásához és a nyilvántartáshoz szükséges adatok

I. Szakképesítés adatai (Minden megszerzett egészségügyi szakképzettséget igazoló oklevél/bizonyítvány adatairól szükséges nyilatkozni, ami még nem szerepel az alap- és működési nyilvántartásban.)

1. Szakképesítés (oklevél/bizonyítvány) megnevezése:

Szakképesítés (oklevél/bizonyítvány) száma (szám/év): MP-23/2009

Kiállító intézmény: SEMMEI WEIS EGYETEM EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI KAR

Kiállítás helye, ideje: BUDAPEST 2009.07.14.

A képzés nyelve: MAGYAR

Honosító/elismerő intézmény:

Honosító/elismerő határozat száma:

Kiállítás helye, ideje:

2. Szakképesítés (oklevél/bizonyítvány) megnevezése:

Szakképesítés (oklevél/bizonyítvány) száma (szám/év): 126 863/22/2014

Kiállító intézmény: AEEK

Kiállítás helye, ideje: PÉCS 2017.03.17.

A képzés nyelve: MAGYAR

Honosító/elismerő intézmény:

Honosító/elismerő határozat száma:

Kiállítás helye, ideje:

3. Szakképesítés (oklevél/bizonyítvány) megnevezése:

Szakképesítés (oklevél/bizonyítvány) száma (szám/év):

Kiállító intézmény:

Kiállítás helye, ideje:

A képzés nyelve:

Honosító/elismerő intézmény:

Honosító/elismerő határozat száma:

Kiállítás helye, ideje:

4. Szakképesítés (oklevél/bizonyítvány) megnevezése:

Szakképesítés (oklevél/bizonyítvány) száma (szám/év):

Kiállító intézmény:

Kiállítás helye, ideje:

A képzés nyelve:

Honosító/elismerő intézmény:

Honosító/elismerő határozat száma:

Kiállítás helye, ideje:

5. Szakképesítés (oklevél/bizonyítvány) megnevezése:

Szakképesítés (oklevél/bizonyítvány) száma (szám/év):

Kiállító intézmény:

Kiállítás helye, ideje:

A képzés nyelve:

Honosító/elismerő intézmény:

Honosító/elismerő határozat száma:

Kiállítás helye, ideje:

II. Tudományos fokozat adatai

Tudományterület/tudományos fokozat megnevezése:

Kiállító szerv neve:

Kiállítás helye, ideje:

Okirat száma:

III. Szakértői engedély adatai

Szakterület megnevezése:	
Az engedély érvényessége:	
Kiállításának helye, ideje:	

IV. Nyelvvizsga adatok (Csak az alap- és működési nyilvántartásban még nem szereplő nyelvvizsgá(k)ról szükséges nyilatkozni. Ehhez kérjük, csatolja a nyelvvizsga bizonyítványnak másolatát)**1. nyelv megnevezése:**

Szint: { } alap { } közép { } felső	Típus: { } A { } B { } C	{ } Általános { } Szaknyelvi
Kiállító szerv:	Kiállítás helye, ideje:	Bizonyítvány/oklevél száma:

2. nyelv megnevezése:

Szint: { } alap { } közép { } felső	Típus: { } A { } B { } C	{ } Általános { } Szaknyelvi
Kiállító szerv:	Kiállítás helye, ideje:	Bizonyítvány/oklevél száma:

3. nyelv megnevezése:

Szint: { } alap { } közép { } felső	Típus: { } A { } B { } C	{ } Általános { } Szaknyelvi
Kiállító szerv:	Kiállítás helye, ideje:	Bizonyítvány/oklevél száma:

V. Munkahely adatai

1) Az egészségügyi dolgozóval egészségügyi tevékenység végzésére irányuló jogviszonyban álló egészségügyi szolgáltató megnevezése: **ORSZÁGOS MENTŐSZOLGÁLAT**

Az egészségügyi tevékenység végzésének helye: **SIKLÓS MENTŐÁLLOMÁS**

2) Az egészségügyi dolgozóval egészségügyi tevékenység végzésére irányuló jogviszonyban álló egészségügyi szolgáltató megnevezése:

Az egészségügyi tevékenység végzésének helye:

VI. Külföldi munkavégzés adatai

Ország:	
Munkahely megnevezése:	
Munkahely címe:	
A külföldi munkavégzés kezdete/vége (év, hónap, nap):	
A külföldi munkavégzés időtartama:	{ } Időszakos/alkalmi { } Havi rendszerességgel { } Heti rendszerességgel { } Állandó
Ország:	
Munkahely megnevezése:	
Munkahely címe:	
A külföldi munkavégzés kezdete/vége (év, hónap, nap):	
A külföldi munkavégzés időtartama:	{ } Időszakos/alkalmi { } Havi rendszerességgel { } Heti rendszerességgel { } Állandó

VII. Felügyelettel kapcsolatos adatok (Felügyelet esetén kötelezően kitöltendő rovat)

- A. Felügyeleti tevékenységet ellátok
 nem látok el
- B. Az egészségügyi tevékenységet önállóan végzem
 felügyelet mellett végzem

A felügyelet mellett végzett egészségügyi tevékenység megnevezése:

A felügyelet melletti tevékenységgyakorlás kezdete/vége (a szakma megnevezésével):

A felügyelet melletti tevékenységgyakorlás helye (cím):

A felügyeletet ellátó személy neve, működési nyilvántartási száma:

VIII. Szakmai kamarai tagság (Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara, MESZK)

A Kérelmező szakmai kamarai tag: Igen Nem

Kamara megnevezése: **MESZK**

Tagság státusza: aktív szünetel felfüggesztve
 megszűnt felvételi eljárás folyamatban

Az egészségügyi tevékenységvégzésnek, a működési nyilvántartásba történő felvételnek, a működési nyilvántartás megújításának feltétele a szakmai kamarai tagság. A tagságról bővebben: www.meszk.hu

IX. Korlátozott alkalmasság

Egészségügyi tevékenység végzésére alkalmas vagyok
 korlátozottan vagyok alkalmas

X. A működési nyilvántartás meghosszabbításának kérelme esetén a meghosszabbítás adatai: (Hosszabbítással kapcsolatos kérelem esetén kötelezően kitöltendő az „A” vagy a „B” rovat.)

A) Bejelentem, hogy az egészségügyi tevékenység végzését szüneteltetem.

A szüneteltetés jogcíme, indoka:

- } Doktori képzésben való részvétel, tudományos munka
 } CSED/GYED/GYES
 } Baleset vagy tartós betegség miatti keresőképtelenség
 } 10 éven aluli gyermek, illetve tartósan gondozásra szoruló hozzátartozó otthoni ápolása, gondozása
 } Katonai, illetve polgári szolgálat teljesítése
 } Honvédelmi munkakötelezettség teljesítése
 } Közfeladat ellátása

A szüneteltetést megalapozó körülményt igazoló dokumentum csatolása szükséges a kérelem eredményes elbírálásához.

Kérjük, hogy a működési nyilvántartás meghosszabbítása iránti kérelem esetén a szüneteltetés kezdő és várható / tervezett végdátumát közölje.

A szüneteltetés kezdő dátuma: az a nap, amely naptól a fenti indokok valamelyike miatt nem folytat egészségügyi tevékenységet.

A szüneteltetés tervezett végdátuma: az a dátum, amelyet követően várhatóan ismét munkába áll; a szüneteltetés alatt módosítható.

A tényleges munkába állást, amikor az realizálódik, a B) pontban írtak szerint szükséges bejelentenie.

A szüneteltetés kezdete (év/hónap/nap):

A szüneteltetés (várható) vége (év/hónap/nap):

B) Bejelentem, hogy az egészségügyi tevékenységvégzés szüneteltetését követően ismét egészségügyi tevékenységet kívánok végezni

..... év hónap napjától

Kérem a meghosszabbított működési nyilvántartási ciklusom tényleges időtartamának megállapítását és a ciklus teljes időtartamára vonatkozó működési nyilvántartási igazolvány kibocsátását.

Nyilatkozatok

1. Kérem, hogy az Országos Kórházi Főigazgatóság (a továbbiakban: OKFŐ) a kérelmemben, valamint a csatolt okiratokban/igazolásokban foglaltak alapján

regisztráljon a működési nyilvántartásba (első felvétel)

újítsa meg a működési nyilvántartásomat (a nyilvántartási ciklus lejáratára tekintettel);

a kérelemben megjelölt szakképesítés tekintetében bocsásson ki működési nyilvántartási igazolványt (új szakképesítés esetén);

hosszabbítsa meg a működési nyilvántartásomat az egészségügyi tevékenységvégzés szüneteltetésére tekintettel;

A szüneteltetés végeztével állapítsa meg a meghosszabbított működési nyilvántartásom időtartamát és bocsásson ki működés nyilvántartási igazolványt,

törlést követően ismételten regisztráljon;

adatváltozásomat rögzítse a működési nyilvántartásba;

pótolja az elveszett, ellopott vagy megrongálódott működési nyilvántartási igazolványomat;

rögzítse a nyilvántartásba a felügyelet melletti tevékenységgyakorlást (kiegészítő gyakorlati továbbképzést);

töröljön a működési nyilvántartásból.

2. Felelősségem tudatában kijelentem, hogy nem állok olyan büncselekménnyel kapcsolatban büntetett előlethez fűződő hátrányos jogkövetkezmények hatálya alatt, amely miatt egy évet meghaladó végrehajtható szabadságvesztésre ítélték, illetve nem állok az egészségügyi tevékenység folytatását kizáró foglalkoztatástól eltiltás hatálya alatt.

3. Hozzájárulok ahhoz, hogy az OKFŐ hatósági ellenőrzés keretében a 2. pontban foglalt tények fennállására vonatkozó adatokat a működési nyilvántartásban szereplésem időtartama alatt folyamatosan ellenőrizze. Tudomásul veszem, hogy az OKFŐ a hatósági ellenőrzés céljából adatot igényelhet a bűnügyi nyilvántartási rendszerből.

4. Felelősségem tudatában kijelentem, hogy

nem állok (egészségügyi állapotom miatt) az egészségügyi tevékenység folytatására véglegesen alkalmatlanná nyilvánító határozat hatálya alatt,

nem állok az egészségügyi tevékenység gyakorlásától eltiltó hatósági határozat hatálya alatt.

5. Hozzájárulok, hogy a kérelmemben általam, vagy a munkáltatóm által szolgáltatott adatokat az OKFŐ ellenőrizhesse.

6. Felelősségem tudatában kijelentem, hogy Magyarországon kívül egészségügyi tevékenységet

nem végeztem és jelenleg sem végzek;

végeztem;

jelenleg is végzek

és az egészségügyi tevékenység végzésének helye szerinti állam(ok) jogszabályai alapján nem állok az egészségügyi tevékenység gyakorlását kizáró vagy korlátozó intézkedés, büntetés, büntetőjogi intézkedés hatálya alatt.

7. Felelősségem tudatában kijelentem, hogy a kérelemben feltüntetett adatok a valóságnak megfelelnek.

Kelt: OLD 2022.12.12 (helység) 2022.12.12. (év/hó/nap)

Samu András

a Kérelmező aláírása

A működési nyilvántartás iránti kérelem csak ezen Nyilatkozat aláírása esetén érvényes!

A nyomtatványon a { } jelzés esetén a megfelelőt kérjük megjelölni!

A kérelem benyújtható:

- postán, ajánlott küldeményként a 1444 Budapest, Pf. 270. címre;
- e-mailen az omn@okfo.gov.hu e-mail címre (nem szükséges postázni is);
- személyesen, ügyfélfogadási időben, melynek helyéről és idejéről az OKFŐ honlapján tájékozódhat (<https://www.enkk.hu>).