

<b>KÉRELEM</b>	
egészségügyi szakdolgozók részére	
Kérjük, az adatlap kitöltését megelőzően olvassa el a kitöltési útmutatót!	
<b>A Kérelmező adatai</b> (A *-al jelölt adatok kitöltése kötelező!)	
Alapnyilvántartási/ működési nyilvántartási szám: 238463	
*Családi és utónév (a személyi igazolványban szereplő név):	
*Vezetéknév: HORVÁTH	
*1. utónév: NÓRA	*2. utónév:
*Születési családi és utónév:	
*Vezetéknév: HORVÁTH	
*1. utónév: NÓRA	*2. utónév:
*Anyja születési családi neve és utóneve: POLHANNER CSILLA	
*Születési hely, idő: SZIGETVÁR, 1992. 11. 16.	
*Neme: nő	
*Állampolgársága: MAGYAR	
*Az egészségügyi tevékenység gyakorlása során használt név:	
<input checked="" type="checkbox"/> Saját családi és utónév	<input type="checkbox"/> Születési családi név és utónév
(A megfelelőt kérjük megjelölni. Tájékoztatjuk a Tisztelt Kérelmezőt, hogy a jogszabály további választásra nem ad lehetőséget.)	
*Doktori címet használni kívánom (a megfelelőt kérjük megjelölni): <input type="checkbox"/> Igen <input checked="" type="checkbox"/> Nem	
*Lakóhely (lakcímkártya szerint): 7900 SZIGETVÁR SZULIMÁN UTCA 16.	
*Tartózkodási hely (amennyiben a lakóhelytől eltér): 4815 HARKÁNY, PETŐFI SÁNDOR UTCA 70.	
*Levelezési cím: 4815 HARKÁNY, PETŐFI SÁNDOR UTCA 70.	
Nyugdíjas:	<input type="checkbox"/> Igen <input checked="" type="checkbox"/> Nem
A Kérelmező e-mail címe (a gyorsabb ügyintézés érdekében kérjük megadni): h.nora.1992@gmail.com	
A Kérelmező telefonszáma (a gyorsabb ügyintézés érdekében kérjük megadni): 06-201248-3284	

#### 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 nyilvántartás meghosszabbítása iránti kérelem (az egészségügyi tevékenység szüneteltetésére tekintettel, pl.: CSED/TGYÁS, GYES, GYED; közfeladat ellátása; tartós betegség miatti keresőképtelenség, stb.)
- Törlést követő újrafelvételi kérelem
- Adatváltozás bejelentés (tárgya:.....)
- Működési nyilvántartási igazolvány pótlása
- Felügyelet melletti tevékenységgyakorlás bejelentése
- Működési nyilvántartásból való törlés

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

MENTŐTISZT BSC

## A kérelem elbírálásához és a nyilvántartáshoz szükséges adatok

**I. Szakképesítés adatai** (Minden megszerzett egészségügyi szakképzettséget igazoló diploma adatairól szükséges nyilatkozni.)

**1. Szakképesítés (oklevél/bizonyítvány) megnevezése:** HENTŐTISZT

Szakképesítés (oklevél/bizonyítvány) száma (szám/év): 69-838/A'B/2015

Kiállító intézmény: PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM

Kiállítás helye, ideje: PÉCS, 2015. 10. 19.

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):

Kiállító intézmény:

Kiállítás helye, ideje:

A képzés nyelve:

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. Munkahely adatai**

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

Az egészségügyi tevékenység végzésének helye: **7ÉCS**

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

Az egészségügyi tevékenység végzésének helye:

**IV. 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

**V. Felügyelettel kapcsolatos adatok**

Felügyeleti tevékenységet  ellátok  nem látok el

Az egészségügyi tevékenységet  önállóan végzem  felügyelet mellett végzem

A felügyelet mellett végzett egészségügyi tevékenység megnevezése:

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

A felügyelet mellett tevékenységgyakorlás helye (cím):

A felügyeletet ellátó személy neve, működési nyilvántartási száma:

**VI. Szakmai kamarai tagság**

A Kérelmező szakmai kamarai tag:  Igen  Nem

Kamara megnevezése: **MESZK**

Kamarai tagság kezdete (év/hónap/nap): **2016. 01. 22.**

Kamarai tagság vége (év/hónap/nap):

**A működési nyilvántartásba történő felvételnek, a működési nyilvántartás megújításának feltétele a szakmai kamarai tagság.**

**VII. Nyelvvizsga adatok**

1. nyelv megnevezése: ANGOL

Szint: <input type="checkbox"/> alap <input checked="" type="checkbox"/> közép <input type="checkbox"/> felső	Típus: <input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> Általános <input type="checkbox"/> Szaknyelvi
Kiállító szerv: Euro Nyelvvizsga Központ SOFI Kft.	Kiállítás helye, ideje: PÉCS, 2015. 09. 10.	Bizonyítvány/oklevél száma: 1738349

2. nyelv megnevezése:

Szint: <input type="checkbox"/> alap <input type="checkbox"/> közép <input type="checkbox"/> felső	Típus: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> Általános <input type="checkbox"/> Szaknyelvi
Kiállító szerv:	Kiállítás helye, ideje:	Bizonyítvány/oklevél száma:

3. nyelv megnevezése:

Szint: <input type="checkbox"/> alap <input type="checkbox"/> közép <input type="checkbox"/> felső	Típus: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> Általános <input type="checkbox"/> Szaknyelvi
Kiállító szerv:	Kiállítás helye, ideje:	Bizonyítvány/oklevél száma:

**VIII. Korlátozott alkalmasság**

Egészségügyi tevékenység végzésére  alkalmas vagyok  
 korlátozottan vagyok alkalmas

**IX. Szakértői engedély adatai**

Szakterület megnevezése:

Az engedély érvényessége:

Kiállításának helye, ideje:

**X. A működési nyilvántartás meghosszabbításának kérelme esetén a meghosszabbítás adatai:**

Az egészségügyi tevékenység végzésének Magyarországon vagy az EGT valamely más tagállamában történő szüneteltetésének indoka:

- Doktori képzésben való részvétel, tudományos munka  
 CSED/TGYÁS/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 (szüneteltetése) esetében a szüneteltetés kezdő és (várható) végdátumát minden esetben töltsse ki. A szüneteltetés kezdő dátuma az a dátum, amely naptól egészségügyi tevékenységet a fenti indokok valamelyike okán nem folytat. A szüneteltetés végdátuma az a dátum, amely naptól tervezi a munkába történő visszaállást.*

A szüneteltetés kezdete (év/hónap/nap):

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

## 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 (szüneteltetés esetén, a szüneteltetésre tekintettel);
- törlést követően ismételt 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 bűncselekménnyel 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 büntügyi 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: HARKÁNY (helység) 2021.04.05. (év/hó/nap)

Flonóti Nóra

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](mailto: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>).

### Elérhetőségeink:

- Telefon: 06-1/411-1146, 06-1-411-1147
- e-mail: [omn@okfo.gov.hu](mailto:omn@okfo.gov.hu)
- Számlaszám: 10032000-00362241-00000000