

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: MENTŐTISZT

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: HAGYAR

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 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: HARKÁNY (helység) 2021.04.05. (év/hó/nap)

Ilonkó 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 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
- Számlaszám: 10032000-00362241-00000000