

**IRATKOZÁSI LAP**

(Kérjük nyomtatott betűvel kitölteni!)

az orvosi, fogorvosi szakképesítés megszerzéséhez szükséges szakképzésre, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény, valamint az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény, valamint az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítés megszerzéséről szóló 22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet, az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakmai képzés részletes szabályairól szóló 16/2010. (IV. 15.) EüM rendelet, illetve az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzési rendszerről, a Rezidens Támogatási Program ösztöndíjairól, valamint a fiatal szakorvosok támogatásáról szóló 162/2015. (VI. 30.) Korm. rendelet értelmében:

- Jelentkező neve:** .....
- Anyja neve:** .....
- Születési hely, idő: ország:** ..... **megye:** .....  
**város:** ..... **év:** ..... **hónap:** ..... **nap:** .....
- Állampolgársága:** .....
- Külföldiek esetén:**  
Tartózkodási engedély száma:.....  
Érvényesség dátuma:.....  
Útlevel száma:.....
- Állandó lakcíme (irányítószám is):** .....
- Telefonszám (körzetszám is):.....
- Értesítési címe (irányítószám is):** .....
- Telefonszám (körzetszám is):.....
- E-mail címe:** .....
- Személyi ig. szám:** .....
- Adószám:** .....
- TAJ szám:** .....
- Bank neve:** .....
- Bankszámla száma:**
- Diploma kiállításának kelte:** ..... **száma:** ..... **helye:** .....
- Diploma honosításának kelte:** ..... **száma:** ..... **helye:** .....

**9. Nyelvvizsga**

megnevezése: ..... foka: ..... bizonyítvány száma: ..... kelte: .....

megnevezése: ..... foka: ..... bizonyítvány száma: ..... kelte: .....

megnevezése: ..... foka: ..... bizonyítvány száma: ..... kelte: .....

megnevezése: ..... foka: ..... bizonyítvány száma: ..... kelte: .....

**10. Munkahely megnevezése:**.....

címe (irányítószám is):.....

telefon/fax szám (körzetszám is):.....

Munkahelyi beosztása: .....

**11. Orvosi nyilvántartási szám:** .....

Kamarai Tagság:.....

**12. Mely szakmából kíván szakképesítést szerezni:** .....

Meglévő szakképesítése megnevezése: .....

ideje: ..... a bizonyítvány száma: .....

**13. Szakgyakorlat kezdete:** .....

**Kelt.:** .....

orvosi pecsét

\_\_\_\_\_  
jelentkező aláírása

A fenti személy szakképzésre jelentkezését támogatom, felkészülését biztosítom a vonatkozó kormány- és miniszteri rendeletekben szabályozott módon.

P.H.

\_\_\_\_\_  
munkahelyi vezető aláírása