

ALAPNYILVÁNTARTÁSI KÉRELEM

A kérelem tárgya:

- Egészségügyi szakképesítés alapnyilvántartásba történő felvétele
 Kivonat kiállítása az alapnyilvántartásban szereplő adatokról
 magyar nyelven, darabszám:..... angol nyelven, darabszám:.....

(A kérelem tárgya: a megfelelőt kérjük "X"-el jelölni!)

A Kérelmező adatai

*Családi és utónév (személyi igazolványban szereplő név):

*Vezetéknév:

*1. utónév:

*2. utónév:

*Születési családi és utónév:

*Vezetéknév:

*1. utónév:

*2. utónév:

*Születési hely, idő:

*Neme:

*Állampolgársága:

*Anyja születési családi neve és utóneve:

*Az egészségügyi tevékenység gyakorlása során használt név:

Saját családi és utónév

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:

Igen

Nem

(A megfelelőt kérjük megjelölni!)

*Lakóhely (lakcímkártya szerint):

.....írsz.....város/község
.....közterület nevehsz.....emelet.....ajtó

*Levelezési cím:

.....írsz.....város/község
.....közterület nevehsz.....emelet.....ajtó

*(A *-al jelölt adatok kitöltése kötelező.)*

A Kérelmező telefonszáma (a gyorsabb ügyintézés érdekében kérjük megadni):

A Kérelmező e-mail címe (a gyorsabb ügyintézés érdekében kérjük megadni):

Oklevélre/bizonyítványra vonatkozó adatok**

I. Szakképesítés megnevezése:

Oklevél/bizonyítvány (törzslap) száma:

Kiállítás helye, ideje:

Kiállító intézmény:

II. Szakképesítés megnevezése:

Oklevél/bizonyítvány (törzslap) száma:

Kiállítás helye, ideje:

Kiállító intézmény:

III. Szakképesítés megnevezése:

Oklevél/bizonyítvány (törzslap) száma:

Kiállítás helye, ideje:

Kiállító intézmény:

**** Egészségügyi szakképesítés alapnyilvántartásba történő felvétele esetén szükséges kitölteni.**

Amennyiben a kérelemben szereplő szakképesítés felvételét kéri az alapnyilvántartásba, úgy kérjük, szíveskedjen csatolni a kérelemben szereplő egészségügyi szakképesítés megszerzését igazoló oklevél/bizonyítvány jól olvasható másolatát.

Felhívjuk figyelmét, hogy az egészségügyi dolgozók alapnyilvántartása közhiteles nyilvántartás, melynek valós, hiteles adatokat kell tartalmaznia.

Kérjük, hogy a kérelemhez szíveskedjen csatolni az érvényes, személyazonosításra alkalmas okmánya másolatát is.

Felelősségem tudatában kijelentem, hogy a kérelemben foglalt adatok a valóságnak megfelelnek.

Dátum:

Aláírás:

.....

.....

A kérelem benyújtható:

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

Elérhetőségeink:

Telefon: 06- 1- 411-1146

E-mail: omn@okfo.gov.hu