

Adatlap a tartósan betöltetlen háziiorvosi körzetek
ellátására történő jelentkezéshez

1. Személyes adatok:

Családi név: _____

Utónév: _____

Születési név: _____

Anyja neve: _____

Születési hely, idő: _____

Állandó lakcím: _____

Levelezési cím: _____

Telefonszám, fax: _____

E-mail cím: _____

Állampolgárság: _____

Nyugdíjszerű ellátásban részesül-e? (öregségi, rokkantsági, egyéb) _____

Orvosi pecsétszám: _____

Működési nyilvántartás érvényessége: 20 _____ -ig

Kérjük jelölje meg azokat a megyéket, és/vagy körzeteket, melyek felkeltették
érdeklődését, illetve a megpályázott körzetet:

2. Diploma, szakvizsga:

Orvosi diploma:

Kelte: _____

Egyetem neve: _____

Diploma száma: _____

Háziorvosi licencvizsga:

Kelte: _____

Egyetem neve: _____

Bizonyítvány száma: _____

Szakvizsga:

Szak: _____

Kelte: _____

Egyetem neve: _____

Szakvizsga száma: _____

3. Háziiorvosi szakvizsgához szükséges, teljesített egészségügyi gyakorlatok:

belgyógyászat:

_____ év _____ hó-tól _____ év _____ hó-ig _____ helyszín

_____ év _____ hó-tól _____ év _____ hó-ig _____ helyszín

gyermekgyógyászat:

_____ év _____ hó-tól _____ év _____ hó-ig _____ helyszín

_____ év _____ hó-tól _____ év _____ hó-ig _____ helyszín

sebészet:

_____ év _____ hó-tól _____ év _____ hó-ig _____ helyszín

_____ év _____ hó-tól _____ év _____ hó-ig _____ helyszín

szülészet-nőgyógyászat:

_____ év _____ hó-tól _____ év _____ hó-ig _____ helyszín

_____ év _____ hó-tól _____ év _____ hó-ig _____ helyszín

neurológia:

_____ év _____ hó-tól _____ év _____ hó-ig _____ helyszín

_____ év _____ hó-tól _____ év _____ hó-ig _____ helyszín

pszichiátria:

_____ év _____ hó-tól _____ év _____ hó-ig _____ helyszín

_____ év _____ hó-tól _____ év _____ hó-ig _____ helyszín

sürgősségi ellátás:

_____ év _____ hó-tól _____ év _____ hó-ig _____ helyszín

_____ év _____ hó-tól _____ év _____ hó-ig _____ helyszín

háziiorvosi gyakorlat:

_____ év _____ hó-tól _____ év _____ hó-ig _____ helyszín

_____ év _____ hó-tól _____ év _____ hó-ig _____ helyszín

Tájékoztatjuk, hogy

amennyiben alkalmazásra sor kerül, a későbbiekben az alábbi dokumentumok bemutatására is szükség lesz:

- Valamennyi korábbi (közalkalmazotti, munkaviszony, szolgálati viszony) alkalmazásáról szóló igazolás;
- Munkakönyv;
- TB-kiskönyv;
- Az utolsó munkahely adó- és járulékelszámolója;
- 30 napnál nem régebbi egészségügyi alkalmassági vizsgálat háziiorvosi munkakörbe
- Taj-szám
- Adóazonosító jel
- Bankszámlaszám

Az adatlapot, önéletrajzot, diplomamásolatot, esetleges szakvizsga bizonyítvány másolatát, valamint az eddigi, a háziiorvosi szakvizsgálathoz szükséges, teljesített egészségügyi gyakorlatok igazolásáról szóló igazolások másolatát kérjük:

- elektronikus formában az alapellatas@okfo.gov.hu e-mail címre, vagy
- az Országos Kórházi Főigazgatósághoz címzett levélben az Alapellátási Igazgatóság 1525 Budapest 114 Pf.: 32. címre eljuttatni szíveskedjen.

(Kizárólag ennek a birtokában lehet megállapítani, hogy Önnek milyen gyakorlatokat kell még a háziiorvosi szakvizsgálathoz elvégezni. A jelentkezésének feldolgozása kizárólag ezek birtokában kezdhető meg.)