# IGAZOLÁS

# Egészségügyi szolgáltatás igénybevétele céljából történő utazás igénybevételéhez

(háziorvos tölti ki)

1. Igazolom, hogy

neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

születési neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

anyja neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

születési hely, év, hó, nap: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

lakóhely: Algyő, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ u. \_\_\_\_\_ hsz. \_\_\_\_ em. \_\_\_\_ a.

TAJ száma: 🞎🞎🞎 🞎🞎🞎 🞎🞎🞎

## Fenti igazolást nevezett részére:

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Intézményben történő \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ szakrendelés igénybe vétele céljából állítottam ki.

Utazás célja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ város.

Utazás mennyisége: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alkalom.

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap.*

P.H.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 háziorvos aláírása

Igazolom, hogy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a szakrendelésen megjelent, a leletet bemutatta.

Hozzájárulásomat adom személyes és különleges adataimnak az Önkormányzatnál indított eljárások és a szociális igazgatási eljárás során a szociális ellátásra való jogosultság megállapítása, az ellátás biztosítása, fenntartása és megszüntetése céljából történő kezeléséhez.

P.H.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 háziorvos aláírása