

Tisztelt Fogorvos!

Ön a szakvizsga megszerzését követő egészségügyi tevékenység végzéséről szóló nyilatkozatában vállalta, hogy szakképzésének támogatása érdekében a szakvizsga megszerzése után legalább három évig teljes munkaidőben vagy legalább hat évig – legalább heti 18 óra időtartamú – részmunkaidős foglalkoztatás keretében közfinanszírozott fogorvosi alapellátási vagy szakellátási tevékenységet fog végezni. Ennek ellenőrzése céljából munkavégzés igazolást szükséges küldenie az OKFŐ részére.

A fent említett munkavégzés igazolást az OKFŐ számára 6 havonta, illetve munkahelyének, munkakörének, a munkavégzés heti/havi időtartamának megváltozása vagy a vállalási időszak teljesítésének megszakítása, szüneteltetése esetén szükséges eljuttatnia, hozzájáruló nyilatkozat megléte esetén is.

A jövőben lehetőség nyílik arra, hogy – beleegyezése esetén – az OKFŐ a vállalási időszak ideje alatt közvetlenül a munkáltatójától kérje meg azon releváns adatokat (munkahely, munkakör, munkaidő, esetleges szünetelések), melyek a vállalási időszak ellenőrzéséhez elengedhetetlenek.

Amennyiben a jelen levelünkhöz csatolt nyilatkozatot aláírja, és scannelve elektronikus úton megküldi részünkre, akkor a jövőben a vállalási időszak alatt mentesülhet az igazolás rendszeres megküldésének kötelezettsége alól, mivel azt az OKFŐ közvetlenül a munkáltatójától kísérli meg beszerezni.

A hozzájáruló nyilatkozat megadása esetén is előfordulhat, hogy az OKFŐ-nek a munkáltatót nem sikerül elérni vagy a tőle kapott igazolások nem megfelelőek, így ilyen esetekben az OKFŐ ismételten fel fogja venni Önnel a kapcsolatot az igazolások beszerzése érdekében.

Tájékoztatjuk továbbá, hogy a vállalási időszak szüneteltetésre vonatkozó kérelmeket továbbra is Önnek kell eljuttatnia az OKFŐ számára.

Hozzájáruló nyilatkozat

Alulírott, (név)

születési név:

születési hely és idő:

orvosi pecsétszám:.....

anyja születési családi és utóneve:

lakóhely:.....

elérhetőség: telefon:....., e-mail cím:.....

Munkahely megnevezése:

Jelen nyilatkozat aláírásával kifejezetten hozzájárulok, hogy az Országos Kórházi Főigazgatóság a teljesítési időszakom alatt a munkáltatómat közvetlenül megkeresse a szakvizsga megszerzését követő egészségügyi tevékenység végzéséről szóló nyilatkozatomban foglalt munkavégzési kötelezettségem ellenőrzése céljából.

Hozzájárulok, hogy mindenkor munkáltatóm a munkaköröm megnevezését, beosztásom, heti/havi munkaidőm az OKFŐ részére közvetlenül megküldje. Hozzájárulok továbbá, hogy a nem fogorvosi tevékenységgel töltött távolléteim időtartamáról, valamint jogcíméről az OKFŐ a munkáltatómtól írásos tájékoztatást kapjon.

Tudomásul veszem, hogy sikertelen munkáltatói megkeresés vagy nem megfelelés esetén igazolási kötelezettségem teljesítése miatt az OKFŐ továbbra is kérheti tőlem a szükséges igazolások beszerzését.

Tudomásul veszem, hogy a vállalási időszak szüneteltetésre vonatkozó kérelmeket továbbra is nekem szükséges eljuttatnom az OKFŐ részére.

Kelt:

.....

(nyilatkozattevő aláírása)