NATIONAL
DIRECTORATE GENERAL
FOR HOSPITALS

OPERATIONAL REGISTRATION
FOR HEALTHCARE WORKERS

APPLICATION

for healthcare workers (physiotherapists, nurses, midwives, etc),

intend to pursue healthcare activity IN HUNGARY

Before filling out the application please read the instructions first!

(: It is obligatory to fill out*)**

(Please put an X before the requested case)

(Please, write with capitals)

I. Personal details

Basic and Operational registration number:
(Alap és működési nyilvántartási szám)

***Name (your name in the ID card or passport)**
(Családi és utónév (személyi igazolványban szereplő név)
***Surname** *(Vezetéknév)*:
*** Given name** *(Utónév)*:

***Name at birth** *(Születési név)*
***Surname** *(Vezetéknév)*:
***Given name** *(Utónév)*:

***Mother's maiden name** *(Anyja születési neve)*:

*** Place and date of birth** *(Születési hely, idő)*:

***Sex** *(Neme)*:

*** Nationality** *(Állampolgársága)*:

*** During the health activity I would like to use:**
(Az egészségügyi tevékenység során használt név)
{ } My name *(Családi és utónév)* **{ } My name at birth** *(Születési név)*

*** I would like to use the title 'Dr': { } Yes** *(Igen)* **{ } No** *(Nem)*
(Doktori címemet használni kívánom)

*** Registered address** *(Lakóhely)*:

*** Mailing address (if it is different from the registered address):**
(Levelezési cím (amennyiben a lakóhelytől eltér))

Retired *(Nyugdíjas)*: **{ } Yes** *(Igen)* **{ } No** *(Nem)*

*** E-mail address** *(E-mail cím)*:

Phone number *(Telefonszám)*:

I would like to get the documents:
(az alábbi módon szeretném az elkészült dokumentumokat átvenni)
{ } by post to my mailing address
{ } by e-mail to that e-mail address(es):……...
{ } in person at the customer service during the opening hours (in that case we will notice you by e-mail when the documents are ready)

The subject of the application

(A kérelem tárgya)

The subject of the request:
(A kérelem tárgya)

{ } First registration *(Első felvétel)*
{ } Renew the operational registration *(Megújítás)*
{ } Issue the certificate of the valid operational registration { } in Hungarian { } in English
{ } Registration of the new qualification *(Új szakképesítés felvétele)*
{ }Extend the operational registration (prolongation because of child-raising allowances, incapacity due to illness, etc.) *(Meghosszabbítás)*
{ } Registration after cancellation *(Törlést követő újrafelvétel)*
{ } Change in personal details *(Adatváltozás bejelentése)*
{ } Replace the card of the operational registration *(Működési nyilvántartási igazolvány pótlása)*
{ } Declaration of pursuing the health activity with supervision *(Felügyelet bejelentése)*
{ } Cancellation from the operational registration *(Működési nyilvántartásból történő törlés)*

I submit my application in the following qualification(s):
(Kérelmemet az alábbi szakképesítés(ek) tekintetében terjesztem elő)

_____

_____

I. Details of the qualification(s)

(Szakképesítés adatok)

Diploma

1) Title of the Diploma (Diploma megnevezése):	
Number of the diploma (number/year) *(Diploma száma)*:	
Issuing body: *(Kiállító szerv)*	
Place and date of issue: *(Kiállítás helye, ideje)*	Place and date of issue: *(Kiállítás helye, ideje)*
Nostrificated, recognised by: *(Honosító/elismerő intézmény)*	Nostrificated, recognised by: *(Honosító/elismerő intézmény)*
Place and date of recognition, nostrification: *(Honosítás/Elismerés kiállításának helye, ideje)*	
2) Title of the Diploma (Diploma megnevezése):	
Number of the diploma (number/year) *(Diploma száma)*:	
Issuing body: *(Kiállító szerv)*	
Place and date of issue: *(Kiállítás helye, ideje)*	Place and date of issue: *(Kiállítás helye, ideje)*
Nostrificated, recognised by: *(Honosító/elismerő intézmény)*	Nostrificated, recognised by: *(Honosító/elismerő intézmény)*
Place and date of recognition, nostrification: *(Honosítás/Elismerés kiállításának helye, ideje)*	

Qualifications (Szakképesítések)

1) Name of the qualification (Szakvizsga megnevezése):

Number of the qualification (number/year) *(Szakvizsga száma)*:	
Issuing body: *(Kiállító intézmény)*	Issuing body:
Place and date of issue: *(Kiállítás helye, ideje)*	Language of the training:
Nostrificated, recognised by: *(Honosító/elismerő intézmény)*	Number of recognition, nostrification:
Place and date of recognition, nostrification: *(Honosítás/Elismerés kiállításának helye, ideje)*	

2) Name of the qualification (Szakvizsga megnevezése):

Number of the qualification (number/year) *(Szakvizsga száma)*:	
Issuing body: *(Kiállító intézmény)*	Issuing body:
Place and date of issue: *(Kiállítás helye, ideje)*	Language of the training:
Nostrificated, recognised by: *(Honosító/elismerő intézmény)*	Number of recognition, nostrification:
Place and date of recognition, nostrification: *(Honosítás/Elismerés kiállításának helye, ideje)*	

3) Name of the qualification (Szakvizsga megnevezése):

Number of the qualification (number/year) *(Szakvizsga száma)*:	
Issuing body: *(Kiállító intézmény)*	Issuing body:
Place and date of issue: *(Kiállítás helye, ideje)*	Language of the training:
Nostrificated, recognised by: *(Honosító/elismerő intézmény)*	
Place and date of recognition, nostrification: *(Honosítás/Elismerés kiállításának helye, ideje)*	

4) Name of the qualification (Szakvizsga megnevezése):

Number of the qualification (number/year) *(Szakvizsga száma)*:	
Issuing body: *(Kiállító intézmény)*	Issuing body:
Place and date of issue: *(Kiállítás helye, ideje)*	Language of the training:
Nostrificated, recognised by: *(Honosító/elismerő intézmény)*	
Place and date of recognition, nostrification: *(Honosítás/Elismerés kiállításának helye, ideje)*	

II. Membership of the Chamber *(Kamarai tagság)*		
Name of the Chamber *(Kamara megnevezése):*		
I am the member of the abovementioned Chamber *(Tagja vagyok a fenti kamarának)*	{ } Yes { } No { } In progress	

IV. Details of the language exam(s): *(Nyelvvizsgák adatai)*		
1. Language: **(Nyelv)**		
Level (Szint): { } basic *(alap)* { } intermediate *(közép)* { } advanced *(felső)*	Type (Típus): { } A { } B { } C	{ } General *(Általános)* { } Professional *(Szakmai)*
Issuing body: *(Kiállító szerv)*	Issuing place and date: *(Kiállítás helye, ideje)*	Number: *(Száma)*
2. Language: **(Nyelv)**		
Level (Szint): { } basic *(alap)* { } intermediate *(közép)* { } advanced *(felső)*	Type (Típus): { } A { } B { } C	{ } General *(Általános)* { } Professional *(Szakmai)*
Issuing body: *(Kiállító szerv)*	Issuing place and date: *(Kiállítás helye, ideje)*	Number: *(Száma)*
3. Language: **(Nyelv)**		
Level (Szint): { } basic *(alap)* { } intermediate *(közép)* { } advanced *(felső)*	Type (Típus): { } A { } B { } C	{ } General *(Általános)* { } Professional *(Szakmai)*
Issuing body: *(Kiállító szerv)*	Issuing place and date: *(Kiállítás helye, ideje)*	Number: *(Száma)*

V. Declarations

1. I apply for that the National Directorate General For Hospitals

(Kérem, hogy az Országos Kórházi Főigazgatóság (a továbbiakban: OKFŐ) a kérelmemben foglaltak alapján)

{ } make my first registration into the Operational Registration;
(regisztráljon a működési nyilvántartásba)

{ } renew my operational registration;
(újítsa meg a működési nyilvántartásomat

{ } make the registration of my new qualification
(a kérelemben megjelölt szakképesítés tekintetében bocsásson ki működési nyilvántartási igazolványt)

{ } extend my 5-year-period registration;
(hosszabbítsa meg a működési nyilvántartásomat)

{ } registrate me again in the Operational Registration after cancellation;
(törlést követően ismételten regisztráljon)

{ } change the information and my datas in the operational registration database;
(adatváltozásomat rögzítse a működési nyilvántartásba)

{ } replace my stolen, missing or spoiled card of operational registration;
(pótolja az elveszett, ellopott vagy megrongálódott működési nyilvántartási igazolványomat)

{ } put into the operational registration database that I am pursuing the health activity with supervision;
(rögzítse a nyilvántartásba a felügyelet melletti tevékenységgyakorlást)

{ } cancel me from the operational registration.
(töröljön a működési nyilvántartásból)

2. I hereby declare that I have clean criminal record and that I am not under the effect of a non-appealable sentence imposed for a criminal offence suspending the health care activity.

(Felelősségem tudatában kijelentem, hogy nem állok olyan bűncselekménnyel kapcsolatban büntetett előélethez fűződő hátrányos jogkövetkezmények hatálya alatt, amely miatt egy évet meghaladó végrehajtandó szabadságvesztésre ítéltek, illetve nem állok az egészségügyi tevékenység folytatását kizáró foglalkoztatástól eltiltás hatálya alatt.)

3. I hereby give my consent to the National Directorate General For Hospitals to continuously verify the information indicated in point 2.

(Hozzájárulok ahhoz, hogy az OKFŐ hatósági ellenőrzés keretében a 2. pontban foglalt tények fennállására vonatkozó adatokat a működési nyilvántartásban szereplésem időtartama alatt folyamatosan ellenőrizze.)

4. I hereby take note that the National Directorate General For Hospitals has national and exclusive competence to obtain information from the criminal registration system for official inspection purposes.

Tudomásul veszem, hogy az OKFŐ a hatósági ellenőrzés céljából adatot igényelhet a bűnügyi nyilvántartási rendszerből.)

5. I hereby declare that

{ } I am not under the effect of any decree declaring that I am unfit to pursue the healthcare activity permanently (due to my health condition),

{ } I am not under the effect of any auhtority's decision forbiding me to pursue the health care activity.

(Felelősségem tudatában kijelentem, hogy

{ } nem állok (egészségügyi állapotom miatt) az egészségügyi tevékenység folytatására véglegesen alkalmatlanná nyilvánító határozat hatálya alatt,

{ } nem állok az egészségügyi tevékenység gyakorlásától eltiltó hatósági határozat hatálya alatt.)

6. I hereby give my assent to the National Directorate General For Hospitals to verify the datas indicated in this Application.

(Hozzájárulok, hogy a kérelmemben általam, vagy a munkáltatóm által szolgáltatott adatokat az OKFŐ ellenőrizhesse.)

7. I hereby declare that out of Hungary

{ } I have never worked and I am not working in the area of health;

{ } I worked in the area of health;

{ } I am working now in the area of health

and according to the law of the foreign country I have clean criminal record and I am not under the effect

of a non-appealable sentence imposed for a criminal office suspending the health care activity.

(Felelősségem tudatában kijelentem, hogy Magyarországon kívül egészségügyi tevékenységet

{ } nem végeztem és jelenleg sem végzek;

{ } végeztem;

{ } jelenleg is végzek

és az egészségügyi tevékenység végzésének helye szerinti állam(ok) jogszabályai alapján nem állok az egészségügyi tevékenység gyakorlását kizáró vagy korlátozó intézkedés, büntetés, büntetőjogi intézkedés hatálya alatt.)

8. **I hereby declare that the information contained in this Application are true and correct at the moment of signing.**

(Felelősségem tudatában kijelentem, hogy a kérelemben feltüntetett adatok a valóságnak megfelelnek.)

Done in: ……..(place)……....(day/month/year)

(Kelt) *(hely)* *(nap/hónap/év)*

_____

original signature of the applicant

(Eredeti aláírás)

Without the signature the application is not valid and unacceptable.

(Aláírás hiányában a kérelem érvénytelen és elfogadhatatlan)

Required documents:

- Transfer receipt of the administrative fee (You can check the administrative fee at our website:
- The proof of membership of the chamber.
- If it is neccesary, you need to fulfilling the mandatory further trainings, or absolved of the obligation for further training.

The application can be sent:

- by e-mail to omn@okfo.gov.hu
- by post as a required letter to the address 1444 Budapest, P.O. Box 270.;
- by personal at our customer service during the opening hours (You can check the opening hours at our website)

Availability:

- E-mail: omn@okfo.gov.hu
- Account number: 10032000-00362241-00000000
- Swift code: HUSTHUHB
- IBAN number: HU97 1003 2000 0036 2241 0000 0000

The receipt shall be attached to the application. The fee of the transfer and the change is the applicant's cost.