ORSZÁGOS KÓRHÁZI FŐIGAZGATÓSÁG

EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK MŰKÖDÉSI NYILVÁNTARTÁSA

MŰKÖDÉSI NYILVÁNTARTÁSBA VÉTEL IRÁNTI KÉRELEM
egészségügyi szakdolgozók részére
Magyarországon történő tevékenységvégzéshez
Első felvétel / új szakképesítés felvétele / törlést követő újrafelvétel

Tisztelt Ügyfelünk!
Ha Ön valamely egészségügyi szakképesítéssel / szakképesítésekkel szerepel az egészségügyi szakképesítést szerzett személyek alapnyilvántartásában, ezen kérelem nyomtatvány használatával kérheti felvételét a működési nyilvántartásba.
A nyilvántartásban szereplő szakképesítéseit ellenőrizheti a *https://kereso.okfo.gov.hu* címen.
Önálló egészségügyi tevékenységvégzésnek csak érvényes működési nyilvántartás birtokában van helye.
A kérelem nyomtatvány szükséges

I. **a működési nyilvántartásba való első felvételéhez**
II. **ha a nyilvántartásban szereplő egészségügyi szakképesítései után új szakképesítést szerzett, annak a felvételéhez,**
III. **ha Önt a működési nyilvántartásból – kérelemre vagy hivatalból - törölték, a törlést követő újrafelvételhez.**

1. A Kérelmező adatai (***A *-al jelölt adatok kitöltése kötelező!***)

1.1. Alapnyilvántartási szám:
Ha Önnek még nincs alapnyilvántartási száma, kérelmeznie kell felvételét az egészségügyi szakképesítést szerzett személyek alapnyilvántartásába. Kérelem nyomtatvány: *https://enk.okfo.gov.hu*

1.2. *Családi és utónév (a személyi igazolványban szereplő név):

***Vezetéknév:**

*** 1. utónév:** ***2. utónév:**

1.3.*Születési családi és utónév:
***Vezetéknév:**

***1. utónév:** ***2. utónév:**

1.4.* Születési hely, idő:

1.5. *Neme:

1.6. *Állampolgársága:

1.7. *Anyja születési családi és utóneve:

1.8. *Az egészségügyi tevékenység gyakorlása során használt név:
{ } Családi és utónév **{ } Születési családi és utónév**
(A megfelelőt kérjük megjelölni. Tájékoztatjuk, hogy a jogszabály további választásra nem ad lehetőséget, az egészségügyi tevékenységvégzés során használt neve csak a családi neve és utóneve, vagy a születési neve lehet.)

1.9.*Doktori címemet használni kívánom *(a megfelelőt kérjük megjelölni):* **{ } Igen** **{ } Nem**

1.10.*Lakóhely (lakcímkártya szerint):

1.11.*Tartózkodási hely:

1.12.*Levelezési cím:

1.13. Nyugdíjas: **{ } Igen** **{ } Nem**

1.14. E-mail címe *(a gyorsabb ügyintézés érdekében kérjük megadni)*:

1.15. Telefonszáma (*a gyorsabb ügyintézés érdekében kérjük megadni*):

1.16. Az elkészült működési nyilvántartási igazolványt az alábbi módon szeretném átvenni:
{ } Postán, a kérelemben megadott levelezési címen,
{ } Személyesen, az OKFŐ budapesti ügyfélszolgálati irodájában, melynek helyéről és nyitva tartásáról honlapunkon tájékozódhat (***https://enk.okfo.gov.hu***)

2. A kérelem tárgya: Felvétel a működési nyilvántartásba

3. A kérelem elbírálásához és a nyilvántartáshoz szükséges adatok

Működési nyilvántartásba vételére akkor van lehetőség, ha Ön egészségügyi szakképesítéssel szerepel az egészségügyi dolgozók alapnyilvántartásában és teljesíti a további feltételeket.

3.1. A szakképesítés adatai

Szakképesítés megnevezése	Bizonyítvány, oklevél kelte	**Felvételét kéri?***	
1)		**{ } igen**	**{ } nem**
2)		**{ } igen**	**{ } nem**
3)		**{ } igen**	**{ } nem**
4)		**{ } igen**	**{ } nem**
5)		**{ } igen**	**{ } nem**

3.2. A nyilvántartás adatai

3.2.1. Szakértői engedély adatai *(amennyiben Ön egészségügyi szakértő)*:

Szakterület megnevezése:	
Az engedély érvényessége:	
Kiállításának helye, ideje:	

Az egészségügyi szakértői tevékenységgel kapcsolatos egyes kérdésekről szóló 40/2009. (XI.20.) EüM rendelet szerinti szakértői engedélyek adatait szükséges itt közölni. Az igazságügyi szakértőket az IM tartja nyilván.

3.2.2. Nyelvvizsga adatok *(Ehhez kérjük, csatolja a nyelvvizsga bizonyítványnak másolatát)*

1. nyelv megnevezése:

Szint: { } alap { } közép { } felső	Típus: { } A { } B { } C	{ } Általános { } Szaknyelvi
Kiállító szerv:	Kiállítás helye, ideje:	Bizonyítvány/oklevél száma:

2. nyelv megnevezése:

Szint: { } alap { } közép { } felső	Típus: { } A { } B { } C	{ } Általános { } Szaknyelvi
Kiállító szerv:	Kiállítás helye, ideje:	Bizonyítvány/oklevél száma:

3. nyelv megnevezése:

Szint: { } alap { } közép { } felső	Típus: { } A { } B { } C	{ } Általános { } Szaknyelvi
Kiállító szerv:	Kiállítás helye, ideje:	Bizonyítvány/oklevél száma:

3.2.3. Munkahely adatai

Az egészségügyi dolgozóval egészségügyi tevékenység végzésére irányuló jogviszonyban álló egészségügyi szolgáltató megnevezése:

Az egészségügyi tevékenység végzésének helye:

3.2.4. Szakmai kamarai tagság a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamarában (MESZK)

A Kérelmező szakmai kamarai tag:	**{ } Igen**	**{ } Nem**		
Tagság státusza:	**{ } aktív**	**{ } szünetel**	**{ } felfüggesztve**	
	{ } megszűnt	**{ } felvételi eljárás folyamatban**		

Az egészségügyi tevékenységvégzésnek, a működési nyilvántartásba történő felvételnek feltétele a szakmai kamarai tagság. A tagságról bővebben: www.meszk.hu

4. *Nyilatkozatok

4.1. Kérem, hogy az Országos Kórházi Főigazgatóság (a továbbiakban: OKFŐ) a kérelmemben, valamint a csatolt okiratokban/igazolásokban foglaltak alapján az alapnyilvántartásban szereplő szakképesítéssel
{ } regisztráljon a működési nyilvántartásba („első felvétel"), vagy
{ } új szakképesítésemet (……) vegye fel a működési nyilvántartásba, vagy
{ } törlést követően szakképesítése(i)met vegye fel a működési nyilvántartásba („újrafelvétel")
és számomra működési nyilvántartási igazolványt állítson ki.

4.2. 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.

4.3. Hozzájárulok ahhoz, hogy az OKFŐ hatósági ellenőrzés keretében a 4.2. pontban foglalt tények fennállására vonatkozó adatokat a működési nyilvántartásban szereplésem időtartama alatt folyamatosan ellenőrizze. Tudomásul veszem, hogy az OKFŐ a hatósági ellenőrzés céljából adatot igényelhet a bűnügyi nyilvántartási rendszerből.

4.4. Felelősségem tudatában kijelentem, hogy
{ } nem állok (egészségi állapotom miatt) az egészségügyi tevékenység folytatására véglegesen alkalmatlanná nyilvánító határozat hatálya alatt,
{ } nem állok az egészségügyi tevékenység gyakorlásától eltiltó hatósági határozat hatálya alatt.

4.5. Felelősségem tudatában kijelentem, hogy egészségügyi tevékenység végzésére
{ } alkalmas vagyok
{ } korlátozottan vagyok alkalmas.

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

4.7. 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.

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

Kelt: _____(helység) _____(év/hó/nap)

_____
a Kérelmező aláírása

A működési nyilvántartás iránti kérelem csak ezen Nyilatkozat kitöltése és aláírása esetén érvényes!

A nyomtatványon a { } jelzés esetén a megfelelőt kérjük megjelölni!

5. Az eredményes kérelmezéshez szükséges:

5.1. Ön rendelkezik **alapnyilvántartási számmal** és az a **szakképesítés**, amelynek felvételét kéri a működési nyilvántartásban, **szerepel az alapnyilvántartásban**.
5.2. Erkölcsi bizonyítványa megfelelő: **nem áll olyan bűncselekménnyel kapcsolatban büntetett előélethez fűződő hátrányos jogkövetkezmények hatálya alatt, amely miatt egy évet meghaladó végrehajtandó szabadság-vesztésre ítéltek, illetve nem áll az egészségügyi tevékenység folytatását kizáró foglalkoztatástól eltiltás hatálya alatt.**
5.3. **Nem** vonatkoznak Önre egyéb **kizáró okok** sem (pl. egészségi okból történt eltiltás, alkalmatlanság),
5.4. **Kamarai tagsága (MESZK) aktív**.
5.5. A kérelem nyomtatványt megfelelően kitöltötte, az **igazgatási szolgáltatási díjat befizette***.

5.6. Amennyiben Ön

5.6.1. **8 évnél régebben szerzett (honosíttatott, elismertetett)** szakképesítésének működési nyilvántartásba vételét kéri,

5.6.2. **törlést követően kéri újrafelvételét** a működési nyilvántartásba,

akkor a nyilvántartásba vétel **feltétele**, hogy a **továbbképzési kötelezettségét teljesítette és igazolta, vagy a továbbképzési kötelezettség teljesítése alól mentesül.**

Továbbképzési pontjainak elszámolásáról bővebben ***https://enk.okfo.gov.hu*** / Működési nyilvántartás-egészségügyi szakdolgozók / Továbbképzési kötelezettség teljesítése és igazolása címen tájékozódhat.

Továbbképzési pontjaninak összesítését a *https://kereso.okfo.gov.hu* oldalon tekintheti meg.

6. Benyújtandó dokumentumok:

6.1. Kérelem nyomtatvány kitöltve, aláírva,

6.2. *Igazgatási szolgáltatási díj befizetési bizonylat másolata.

6.3. Amennyiben az 5. pontban írtak szerint működési nyilvántartásba történő felvételének / újrafelvételének feltétele a továbbképzési kötelezettség teljesítése, úgy ezt is igazolnia kell. Gyakorlati továbbképzési pontjait a jelen kérelem benyújtásával egyidejűleg igazolja az OKFŐ felé (Nyomtatvány *https://enk.okfo.gov.hu*)

Az eljárás igazgatási szolgáltatási díj-köteles, melynek összege 4000 Ft.

Kivétel: Ha Ön új szakképesítés felvételét kéri a működési nyilvántartásba, és az új szakképesítése megszerzésekor érvényes nyilvántartással szerepel a működési nyilvántartásban, az Ön által megfizetendő igazgatási szolgáltatási díj 1000 Ft.

A kérelemhez csatolni kell az igazgatási szolgáltatási díj befizetését igazoló **banki átutalási megbízás** fénymásolatát.

Az OKFŐ számlaszáma: 10032000-00362241-00000000.

A közlemény rovatba szíveskedjék beírni: **Működési Nyilvántartás** és az **Ön nevét**, valamint a **működési nyilvántartási számát.**

A további feltételek teljesülését (pl. erkölcsi bizonyítvány, kamarai tagság) az OKFŐ ellenőrzi.

További információk bővebben a *https://enk.okfo.gov.hu* oldalon

A kérelem benyújtható:

- postán, ajánlott küldeményként a 1444 Budapest, Pf. 270. címre;
- e-mailen az ***omn@okfo.gov.hu*** e-mail címre (nem szükséges postázni is);
- személyesen, ügyfélfogadási időben, melynek helyéről és idejéről az OKFŐ honlapján tájékozódhat (***https://www.enk.okfo.gov.hu***).

Elérhetőségeink:

- Telefon: 06-1/411-1146
- e-mail: ***omn@okfo.gov.hu***
- Számlaszám: 10032000-00362241-00000000