|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 🞏ÁOK | 🞏FOK | 🞏GYTK | 🞏ETK | 🞏EKK | 🞏PAK |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NÉV: | SZÜLETÉSI HELY: | SZÜLETÉSI IDŐ: |
| ANYJA NEVE: | LAKCÍM: | TELEFONSZÁM: |
| BALESET ESETÉN ÉRTESÍTENDŐ: | | E-MAIL: |

Fent nevezett háziorvosa, ezennel nyilatkozom arra vonatkozóan, hogy betegem (a megfelelő aláhúzandó):

* Krónikus fertőző, illetve nem fertőző betegség miatt kezelésem alatt nem áll, illetve nem állt.
* Az alábbi krónikus betegség miatt állt kezelésem alatt. (BNO kód megadásával)

Egészségi állapota nem zárja ki, hogy egészségügyi felsőoktatási tanulmányokat folytasson.

Kelt

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

aláírás, pecsét