

**MUNKÁLTATÓI IGAZOLÁS**  
**a folyamatos továbbképzés gyakorlati pontjainak jóváírásához**  
(64/2011.(XI.29.) NEFMI rendelet 8. § (2) bekezdés)

**Továbbképzésre kötelezett adatai:**

Fogorvos neve: .....

Működési nyilvántartási száma (pecsétszám): .....

Születési ideje:.....

Anyja neve: .....

**Munkáltató adatai:**

Foglalkoztató neve: .....

.....

Munkavégzés helye:.....

Képviselőre jogosult neve (aláíró): .....

Igazolom, hogy fent megjelölt továbbképzésre kötelezett fogorvos az alábbi szakirányú szakképesítéseinek megfelelő munkakörben **dolgozik/dolgozott**.

	Gyakorolt szakirányú szakképesítés	Foglalkoztatási időszak*	
		Kezdeté év, hó, nap	Vége év, hó nap
1.			
2.			
3.			
4.			

\* Fizetés nélküli szabadság, TGYÁS, GYED, GYES időtartama (amennyiben beleesik az adott továbbképzési időszakba):

	Munkavégzésből kieső időszak megnevezése	Pontos időtartama
1.		
2.		
3.		

Dátum:.....

P.H.

.....

cégszerű aláírás

**64/2011. (XI.29.) NEFMI rendelet 8.§**

- (2) A gyakorlat időtartamát munkavégzésre irányuló jogviszonyban álló kérelmező esetén a foglalkoztató, ennek hiányában a) a működési engedély kiállítója vagy b) személyes közreműködő esetén a személyes közreműködővel jogviszonyban álló egészségügyi szolgáltató igazolja.
- (2a) A munkáltató lehet a foglalkoztatástól függően a kérelmező jelenlegi vagy korábbi munkáltatója. Az igazolás tartalmazza a kérelmező természetes személyazonosító adatait, a gyakorolt szakképesítés (szakképesítések) megnevezését és a gyakorlat időtartamát. A gyakorlat időtartamát a kérelmező foglalkoztatójának jogutód nélküli megszűnése esetén szerződés vagy a munkavégzés igazolására alkalmas és a gyakorlat időtartamát alátámasztó egyéb dokumentum igazolja.