

**FOGLALKOZTATÓI IGAZOLÁS**  
a folyamatos továbbképzés gyakorlati pontjainak jóváírásához  
**személyes közreműködői szolgáltatás esetén**  
[64/2011.(XI.29.) NEFMI rendelet 8. § (2) bekezdés b) pont]

**Továbbképzésre kötelezett adatai:**

Egészségügyi tevékenység során használt név: .....

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

Születési helye, ideje: .....

Anyja neve: .....

**Foglalkoztató adatai:**

Foglalkoztató neve: .....

Munkavégzés helye (osztály, praxis): .....

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

**Igazolom**, hogy fent megjelölt továbbképzésre kötelezett orvos / klinikai szakpszichológus / kl. biokémikus / kl. mikrobiológus / kl. sugárfizikus az alábbi táblázatban **teljesítési igazolás** alapján **X-szel megjelölt hónapokban személyes közreműködőként** szakirányú szakképesítésének megfelelő egészségügyi tevékenységet **végzett**.

**Megbízási szerződés(ek) kelte:** .....

**Szakirányú szakképesítés megnevezése:** .....

Év	Jan	Febr	Márc	Ápr	Máj	Jún	Júl	Aug	Szept	Okt	Nov	Dec
20....												
20....												
20....												
20....												
20....												

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.