Tisztelt Háziorvos Asszony / Úr!

Alulírott ……..…….. nevű (leánykori név is), születési hely, év, hó, nap: …….…..,
anyja neve: ……,
lakcíme:……...
alatti lakos kérem, hogy rendészeti oktatási intézménybe jelentkezés, illetve hivatásos jogviszony létesítése előtti egészségi és pszichikai alkalmassági vizsgálathoz az egészségi és pszichikai állapotomra vonatkozó adatokat az alábbi kérdőív kitöltésével közölni szíveskedjen.
Az egészségi és pszichikai állapotommal kapcsolatos adataim közléséhez hozzájárulok.
Dátum: …….

……
jelentkező aláírása

Kezelték-e, illetve kezelik-e (műtét is ideértendő) a következő betegségekkel (írja be, húzza alá):
szív- és érrendszeri betegség:…….. magas vérnyomás: …….……..…
allergia, szénanátha: …….. tüdő- és mellhártyagyulladás, tüdőasztma: ……..
tüdőgümőkor (tbc): …….. mozgásszervi betegség: ..……..…….…
fekélybetegség (gyomor, bél): …….. májbetegség……..……..…
cukorbetegség: …….. szem-, fülbetegség: ……..…..
idegkimerültség: …… szédülés: …….……..…
fertőző betegség (hepatitis B, hepatitis C): ……..…
nemi betegség: ……. urológiai betegség: ……
nőgyógyászati betegség: …… egyéb betegség: ……..
Volt-e, van-e pszichológiai problémája vagy ideg-, pszichiátriai betegsége (epilepszia, pánikbetegség, depresszió, szorongás, alkoholfüggőség, játékszenvedély, egyéb): …….…….
Volt-e balesete (csonttörés, fej-, mellkasi, hasi, végtag sérülés) és mikor: ……..……..
Volt-e eszméletvesztése, görcsrohama, ágybavizelése: ..……..…..
Volt-e, van-e beszédzavara, írási, olvasási vagy számolási problémája: ……
Volt-e öngyilkossági kísérlete (mikor, hogyan): ……..……
Kezelték-e kórházban, rehabilitációs intézetben (mikor, miért): ……
Kezelték-e ideggyógyászaton, pszichiátriai intézetben (mikor, miért): …….……..…
Szedett-e, illetve szed-e rendszeresen gyógyszert (mit, miért): ……..…
Rendszeres orvosi kezelés alatt áll-e (mióta, miért): ……..
Fogyasztott-e, fogyaszt-e kábítószert, drogot: ……..……....
Fogyaszt-e alkoholt, volt-e alkohol elvonó kezelésen (mikor): ……..……
Volt-e beteg az elmúlt egy évben (egy évre visszamenőleg a betegállományban töltött napok száma, milyen betegségek miatt): ……..
Volt-e orvosszakértői vizsgálata (mikor, miért): ……..
Megállapítottak-e munkaképesség-csökkenést, illetve egészségkárosodást (hány %): ……
Egyéb közlendő, megjegyzés: ……...
……
Dátum: ……..

.....
választott háziorvos aláírása
orvosi bélyegző és egészségügyi szolgáltató
bélyegzőjének lenyomata

N Y I L A T K O Z A T

Alulírott hozzájárulok a pályázat elbírálása során történő egészségügyi és pszichikai, fizikai (erőnléti) alkalmassági vizsgálatokhoz. Amennyiben megnyerem a pályázatot, hozzájárulok a támogatás időtartama alatti szükséges vizsgálatok elvégzéséhez is.

A jelentkező adatai

Neve: .....

Születési hely: ……...……, ***év*** ……., ***hónap*** ……., ***nap*** ……..

Anyja neve: ……...

Lakcíme: ……...

Irányítószáma: …….

Telefonszáma: ……

…… év …… hó …… nap

…….. *szülő, vagy gondviselő aláírása (ha a jelentkező még nem töltötte be 18. életévét)*

…….. *a jelentkező aláírása*

N Y I L A T K O Z A T

Alulírott hozzájárulok személyes adataim kezeléséhez, lakó- és családi körülményeim, életvitelem kifogástalanságának, továbbá a büntetlen vagy büntetett előéletemre vonatkozó adatok – a felvételi követelményeknek való megfelelés megállapítása érdekében történő – előzetes ellenőrzéséhez.

A jelentkező adatai

Neve: .....

Születési hely: ……...……, ***év*** ……., ***hónap*** ……., ***nap*** ……..

Anyja neve: ……...

Lakcíme: ……...

Irányítószáma: …….

Telefonszáma: ……

…… év …… hó …… nap

……..
szülő, vagy gondviselő aláírása
(ha a jelentkező még nem töltötte be 18. életévét)

……..
a jelentkező aláírása

A pályázóval közös háztartásban élő házastárs, élettárs,
<u>felnőtt</u> korú hozzátartozó nyilatkozata

Tájékoztattak arról, hogy házastársam, élettársam, hozzátartozóm kifogástalan életvitel ellenőrzése személyemet is érintheti, amelynek keretén belül az ellenőrzését végző szerv a bűnügyi nyilvántartásból rám vonatkozóan is adatot igényelhet.

Dátum: ……..

.....

aláírás, lakcím

A pályázóval közös háztartásban élő házastárs, élettárs,
<u>felnőtt</u> korú hozzátartozó nyilatkozata

Tájékoztattak arról, hogy házastársam, élettársam, hozzátartozóm kifogástalan életvitel ellenőrzése személyemet is érintheti, amelynek keretén belül az ellenőrzését végző szerv a bűnügyi nyilvántartásból rám vonatkozóan is adatot igényelhet.

Dátum: ……..

.....

aláírás, lakcím

A pályázóval közös háztartásban élő házastárs, élettárs,
<u>felnőtt</u> korú hozzátartozó nyilatkozata

Tájékoztattak arról, hogy házastársam, élettársam, hozzátartozóm kifogástalan életvitel ellenőrzése személyemet is érintheti, amelynek keretén belül az ellenőrzését végző szerv a bűnügyi nyilvántartásból rám vonatkozóan is adatot igényelhet.

Dátum: ……..

.....

aláírás, lakcím

A pályázóval közös háztartásban élő házastárs, élettárs,
<u>felnőtt</u> korú hozzátartozó nyilatkozata

Tájékoztattak arról, hogy házastársam, élettársam, hozzátartozóm kifogástalan életvitel ellenőrzése személyemet is érintheti, amelynek keretén belül az ellenőrzését végző szerv a bűnügyi nyilvántartásból rám vonatkozóan is adatot igényelhet.

Dátum: ……..

.....

aláírás, lakcím

ORVOSI IGAZOLÁS (HÁZIORVOS)
Fizikai (erőnléti) alkalmassági vizsgálaton való részvételhez

Tisztelt Háziorvos Asszony / Úr!

Alulírott ……..…… nevű (születési név is), születési hely, idő (év, hó,nap): ....., anyja neve: ....., lakóhelye:..... alatti lakos kérem, hogy hivatásos szolgálati jogviszony létesítése előtti fizikai (erőnléti) alkalmassági vizsgálaton való részvételemről, fizikai terhelhetőségéről az alábbiak szerint tájékoztatást adni szíveskedjen.

Az adatok közléséhez hozzájárulok.

Dátum: .....

.....
.....
jelentkező aláírása

Nevezett a rendelkezésemre álló egészségi adatok ismeretében – az 57/2009. (X. 30.) IRM–ÖM–PTNM együttes rendelet 12. § (1) bekezdésében meghatározott mozgásformákból álló (2000 méteres futás, fekvőtámasz, felülés, ingafutás, hajlított karú függés, fekve nyomás, helyből távolugrás) – alkalmassági vizsgálaton részt vehet:

Igen* Nem*

Jelen egészségi állapotában nevezett fizikai terhelésének orvosi ellenjavallata:

Van* Nincs*

Dátum: .....

.....
Háziorvos aláírása, orvosi bélyegző
lenyomata, egészségügyi szolgáltató neve

* Kívánt rész aláhúzandó

ZÁRADÉK

A dokumentum elektronikus aláírással hitelesített

13100-101/73-1/2021.Szü.

