2. sz. melléklet

**IGÉNYBEJELENTŐ LAP**

**Az Egészségmegőrző Program igénybevételére**

**Leadási határidő: 2017. október 10.**

1. A munkavállaló neve:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Születési hely:\_\_\_\_\_\_\_\_\_év \_\_\_\_\_\_\_\_hó \_\_\_\_\_\_nap

2. A munkavállaló munkaköre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Törzsszáma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Szolgálati egység megnevezése: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Szolgálati hely kód: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. MÁV szolgálati idő kezdő időpontja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Egészségmegőrző program igénybevételére jogosító munkakörben töltött idő:

Munkakör megnevezése: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ időszak: \_\_\_\_\_\_\_\_\_- tól \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - ig

Munkakör megnevezése: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ időszak: \_\_\_\_\_\_\_\_\_- tól \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - ig

A kiadott Utasítás alapján a mellékelt mozgásszervi – kardiológiai protokoll alapján kérem az Egészségmegőrző Program keretén belül a 7 napos (6 éjszaka) ellátás igénybevételét (kivéve a lent megjelölt időtartamot) az évi rendes szabadság és – a KSZ 43. §. 4. pontja szerinti munkakört betöltő munkavállalók részére biztosított rendkívüli szabadság és az Mt. 55. § (1) bekezdés k) pontja (az utasítás 4.3 b) és c) pontja) szerint munkavállalók részére biztosított 2 vagy 5 munkanap fizetett távollét – terhére biztosítani.

A Program igénybevételéről szóló Tájékoztatóban foglaltakat tudomásul vettem. Amennyiben a részvételemre önhibámból nem kerülne sor, akkor az ezzel járó kártérítési kötelezettségemnek a munkabéremből történő levonásához hozzájárulok.

**A foglalkozás-egészségügyi orvos által javasolt Intézet (Hévíz, Harkány, Balatonfüred) \*:**

**/a megfelelőt aláhúzni/**

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

foglalkozás-egészségügyi orvos neve és bélyegző

Részemre **alkalmatlan** időszak :

 1.) 2017/2018. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_\_\_ naptól 2.) 2017/2018. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_hó \_\_\_\_\_ naptól

 2017/2018. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_\_\_ napig 2017/2018. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_hó \_\_\_\_\_ napig

Vezényelt munkakörben dolgozom: Igen Nem

Ha Igen, Vezénylő tiszt neve, elérhetősége:

Elérhetőségem: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefon; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mobiltelefon

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fax; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail cím

Igénybe vette-e korábban az Egészségmegőrző Program szolgáltatásait? (kérjük a megfelelőt aláhúzni)

 Igen Nem

Ha igen, melyik év(ek)ben?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2017. év \_\_\_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_\_ nap**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

A munkavállaló aláírása

**Z Á R A D É K**

**Szervezeti egység /2017/MAV**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** munkavállaló igénybejelentése a vonatkozó utasításban foglalt feltételeknek megfelel, a munkavállaló részére kiutalt időpontra szabadságot biztosítok.

**2017. év \_\_\_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_\_ nap**

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

**Humánpartner Szervezeti egység vezetője**