

Pályázati adatlap

A „Mezőtúr Város egészségügyéért” egyszeri támogatás igényléséhez

I. SZEMÉLYES ADATOK

Pályázó neve: _____

Pályázó születéskori neve: _____

Születési helye, ideje: _____, _____ év _____ hó _____ nap

Anyja neve: _____

Lakcíme: _____

Tartózkodási helye: _____

Telefonszáma: _____

E-mail címe: _____

II. KÉPESÍTÉSRE VONATKOZÓ ADATOK:

Általános orvosi képesítés megszerzésének ideje: _____

Oklevél száma: _____

Háziorvosi/ házi gyermekorvosi szakképesítés megszerzésének ideje: _____

Bizonyítvány száma: _____

Betölteni kívánt praxis típusa, száma: _____

Munkakezdés várható időpontja: _____ év _____ hónap _____ nap

Egészségügyi szolgálati jogviszonyban/egyéni vállalkozóként/társa vállalkozás tagjaként kívánja ellátni a feladatokat (megfelelő rész aláhúzandó)

Sikeres pályázat esetén pénzbeli / természetbeni támogatást kérek (megfelelő rész aláhúzandó).

Egyéb (nem kötelező a kitöltése):

Nyilatkozat

Alulírott nyilatkozom, hogy Mezőtúr Város Önkormányzata Képviselő-testülete „Mezőtúr Város egészségügyéért” támogatási programról szóló 8/2025. (III.28.) önkormányzati rendeletét megismertem, és a rendelet 8. §-ában szabályozott, az ösztöndíjban részesülő személy kötelezettségeit vállalom, támogatásom esetén támogatási szerződést kötök Mezőtúr Város Önkormányzatával (a továbbiakban: Önkormányzat).

Nyilatkozom, hogy nem állok olyan szerződéses jogviszonyban más önkormányzattal, gazdasági társasággal, egészségügyi szolgáltatóval, egyéb szervezettel, amely háziiorvosi vagy házi gyermekorvosi feladatok ellátására kötelezne.

Vállalom, hogy a támogatási szerződésben foglalt ideig, 6 évig az Önkormányzat egészségügyi alapellátásában feladat-ellátási szerződés keretében, teljes munkaidejű foglalkoztatás keretében a szakképesítemnek megfelelő szakorvosi tevékenységet végzek.

Nyilatkozom továbbá, hogy a pályázatomat a Mezőtúr Város Képviselő-testülete, valamint Egészségügyi és Szociális Bizottsága nyílt/zárt* (megfelelő rész aláhúzendő) ülésen tárgyalja.

Kijelentem, hogy a fent közölt adatok, információk a valóságnak megfelelnek.

Kelt: Mezőtúr, _____

.....
pályázó aláírása

A pályázathoz mellékelni kell:

- orvosi, fogorvosi képzettséget igazoló oklevél másolata,
- háziiorvosi, házi gyermekorvosi szakképesítést igazoló okirat másolata,
- egyéni vagy társas vállalkozásban végzett tevékenység esetén a vállalkozás azonosító adatai.

Adatkezelési tájékoztató

A pályázó személyes adatait Mezőtúr Város Önkormányzata, mint adatkezelő a „Mezőtúr Város egészségügyéért” rezidens ösztöndíj igénylés elbírálása céljából, a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK rendelet hatályon kívül helyezéséről szóló AZ EURÓPAI PARLAMENT ÉS A TANÁCS 2016. április 27-i (EU) 2016/679 RENDELETE 6. cikk (1) bekezdésének e) pontjában meghatározott jogalappal kezeli, azaz az adatkezelés közérdekű vagy az adatkezelőre ruházott közhatalmi jogosítvány gyakorlásának keretében végzett feladat végrehajtásához szükséges.

A tájékoztatóban szereplő információkat megértettem és tudomásul vettem.

Kelt: Mezőtúr, _____

.....
pályázó aláírása