



## HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT

Név (valamennyi utónév feltüntetésével):

Születési hely, idő:

     

Anyja neve (születési név):

Társadalombiztosítási azonosító jel (TAJ száma):

 -  - 

Tudomásul veszem, hogy a szerződéses határvadász képzésre történő felvételi eljárás során a munkaköri orvosi alkalmassági vizsgálatot végző orvos részére, a munkaköri orvosi alkalmassági vizsgálat idejére, a minősítéshez szükséges egészségügyi adatok értékelése céljából az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térben (EESZT) rögzített egészségügyi ellátásaimhoz való hozzáférés szükséges, erre figyelemmel azt a rendszerben engedélyezem.

Kijelentem, hogy a

[https://www.eeszt.gov.hu/documents/20182/36430/EESZT\\_Lakossagi\\_adatkezelesi\\_tajekoztato\\_2021\\_v7\\_CEF+n%C3%A9lk%C3%BCI\\_1\\_ESZFK\\_v3.pdf/b9ad5d84-7baf-ca43-45e4-eb48169aab74](https://www.eeszt.gov.hu/documents/20182/36430/EESZT_Lakossagi_adatkezelesi_tajekoztato_2021_v7_CEF+n%C3%A9lk%C3%BCI_1_ESZFK_v3.pdf/b9ad5d84-7baf-ca43-45e4-eb48169aab74) oldalon található EESZT Adatkezelési Tájékoztató tartalmát megismertem.

Kelt:

 ,    

---

Jelentkező aláírása



## HÁZIORVOSI IGAZOLÁS

fizikai (erőnléti) állóképességi vizsgálaton való részvételhez

Tisztelt Háziorvos Asszony/Úr!

Alulírott,

Név (valamennyi utónév feltüntetésével):

Anyja neve (születési név):

Születési hely, idő:

    

Társadalombiztosítási azonosító jel (TAJ száma):

 -  - 

Állandó lakcím:

 

alatti lakos kérem, hogy a szerződéses határvadász jogviszony létesítése előtti fizikai (erőnléti) állóképességi vizsgálaton való részvételemről, fizikai terhelhetőségemről az alábbiak szerint tájékoztatást adni szíveskedjen.

Az adatok közléséhez hozzájárulok.

Kelt: ,

Jelentkező aláírása

Nevezett – a szerződéses határvadászokról szóló jogszabályban meghatározott mozgásformákból (mellső fekvőtámasz és hanyattfekvésből felülés gyakorlatok, valamint 1500 méteres síkfutás) álló – fizikai állóképességi vizsgálaton részt vehet:

Igen\*

Nem\*

Jelen egészségi állapotában nevezett fizikai terhelésének orvosi ellenjavallata:

Van\*

Nincs\*

Kelt: ,

PH.

az egészségügyi vizsgálatot végző orvos aláírása,  
orvosi bélyegző lenyomata, egészségügyi szolgáltató neve

\* Kivánt rész aláhúzendó