

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 vizsgálatához 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:

tüdőgümőkór (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 ideggyógyászatban, 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 kábítószer, drogot:

Fogyasztott-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 házi orvos aláírása
orvosi bélyegző és egészségügyi szolgáltató
bélyegzőjének lenyomata

NYILATKOZAT

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

NYILATKOZAT

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,
felnőtt korú hozzátartozó nyilatkozata**

Tájékoztatott 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,
felnőtt korú hozzátartozó nyilatkozata**

Tájékoztatott 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,
felnőtt korú hozzátartozó nyilatkozata**

Tájékoztatott 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,
felnőtt korú hozzátartozó nyilatkozata**

Tájékoztatott 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 Házi orvos 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, fekvő nyomás, helyből távolugrás) – alkalmassági
vizsgálaton részt vehet:

Igen* Nem*

Jelen egészségi állapotában nevezett fizikai terhelésének orvosi ellenjavallata:

Van* Nincs*

Dátum:

.....
Házi orvos aláírása, orvosi bélyegző
lenyomata, egészségügyi szolgáltató neve

* Kívánt rész aláhúzendó