



Állami Egészségügyi Ellátó Központ

Emberi Erőforrás Fejlesztési  
Főigazgatóság  
Nyilvántartási és Továbbképzési  
Főosztály



**NYILATKOZAT**  
**külföldi állampolgárok részére külföldi munkavégzésről**

**A Kérelmező adatai**

**Alapnyilvántartási szám:**

**Családi és utónév:**

**Születési családi és utónév:**

**Anyja születési családi neve és utóneve:**

**Születési hely, idő:**

**Állampolgársága:**

Alulírott .....(név) nyilatkozom, hogy külföldi állampolgársággal rendelkező egészségügyi dolgozó vagyok, és az egészségügyi szakképesítés megszerzését követően egészségügyi tevékenységet Magyarországon nem kívánok folytatni, az egészségügyi tevékenység végzésére való jogosultság igazolása – működési nyilvántartásban való szereplés – kizárólag a szakképesítem külföldön történő elismerése miatt szükséges.

A fenti okok miatt a működési nyilvántartásba való felvételemnek nem feltétele a szakképesítem szerint illetékes szakmai kamarai tagság igazolása.

**Kelt:.....**

.....

**Aláírás**