

IGÉNYBEJELENTŐ LAP
Az Egészségmegőrző Program igénybevételére
Leadási határidő: 2015. szeptember 11.

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: _____ - től _____ - ig
- Munkakör megnevezése: _____ időszak: _____ - től _____ - 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. §. 5. 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.) 2015/2016. _____ hó _____ naptól
 2015/2016. _____ hó _____ napig
- 2.) 2015/2016. _____ hó _____ naptól
 2015/2016. _____ 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? _____

2015. év _____ hó _____ nap

_____ A munkavállaló aláírása

Z Á R A D É K

Szervezeti egység

/2015/MAV

_____ munkavállaló igénybejelentése a vonatkozó utasításban foglalt feltételeknek megfelel, a munkavállaló részére kiutalt időpontra szabadságot biztosítok.

2015. év _____ hó _____ nap

_____ Humán partner

_____ Szervezeti egység vezetője