

IGÉNYBEJELENTŐ LAP
Az Egészségmegőrző program igénybevételére

1. A munkavállaló neve: _____ Szül., idő: _____ év _____ hó _____ nap

2. A munkavállaló munkaköre: _____ Törzsszáma: _____

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* vagy – a KSZ 43. §. 4. pontja szerinti munkakört betöltő munkavállalók részére biztosított – *rendkívüli szabadság* vagy az utasítás 4.6 b) pontja és az utasítás *1.sz. mellékletében megjelöltek* munkavállalók részére biztosított az Mt. 55. § (1) bekezdés k) pont szerinti *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 (Összeszámítva maximum 60 nap!!):

1.) 20..... _____ hó _____ naptól 2.) 20..... _____ hó _____ naptól

20..... _____ hó _____ napig 20..... _____ hó _____ napig

3.) 20..... _____ hó _____ naptól 4.) 20..... _____ hó _____ naptól

20..... _____ hó _____ napig 20..... _____ hó _____ napig

Igénybe vette-e korábban az Egészségmegőrző program szolgáltatásait? (kérjük a megfelelőt aláhúzni)

Igen

Nem

Ha igen, melyik év(ek)ben? _____

20..... év _____ hó _____ nap

_____ A munkavállaló aláírása

Z Á R A D É K

Szervezeti egység

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

20..... év _____ hó _____ nap

_____ Humánpartner

_____ Szervezeti egység vezetője