

NEMZETI EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ALAPKEZELŐ



Megye kód: □□

Szolgáltató NEAK kódja: □□□□

Szolgáltató neve:

Intézményenként kitöltendő!

OKTATÁSI INTÉZMÉNY IGAZOLÁSA

az OKTATÁSI INTÉZMÉNYBEN ELHELYEZETTEK létszámáról

Benyújtandó: minden év október 31-ig, a szeptember 30-i állapot szerint.

20...../20..... oktatási év

Szolgáltat kódja	OM azonosító	Oktatási intézmények hivatalos megnevezése	Oktatási intézmény székhelye/telephelye	Oktatási intézménybe járó gyermek létszáma	Gyógypedagógiai oktatási intézményben ellátott tanulók létszáma	Fenntartó a települési önkormányzat Igen/Nem
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.

Tagintézményenként, telephelyenként kell kitölteni!

7. oszlopnál a fenntartó megnevezése:

Alulírott, fenti oktatási intézmény **Igazgatójaként igazolom** az irányításom alatt álló oktatási intézmény(ek) tanulói létszámát, s egyben tudomásul veszem, hogy ezen létszámigazolás alapul szolgál az iskola- ifjúság-egészségügyi szolgálat(ok) iskolavédőnői, valamint a területi védőnői szolgálatok finanszírozásának normatíva szerinti megállapításához.

Kelt:, 20.....év.....hó....nap.

.....
Oktatási intézmény igazgatójának aláírása,
PH.

Alulírott **Szolgáltató** az iskola- és ifjúság-egészségügyi feladatokat ellátó szolgálatok adatairól az alábbiakban nyilatkozom:

Feladatot ellátó orvos, ill. védőnő neve	Szolgáltatok kódja:	Ellátottak létszáma*
	Isk.orvosi:	
	Iskolavédőnői:	
	Területi védőnői:	

*Abban az esetben töltendő ki, ha az oktatási intézményt több szolgáltató orvos, ill. védőnő látja el.

Kelt:20.....év.....hó....nap.

.....
Szolgáltató
(cégszerű vagy csatolt meghatalmazás szerinti)



Megye kód: □□

Szolgáltató NEAK kódja: □□□□

Szolgáltató neve:

IGAZOLÁS

a területi védőnői szolgálat ellátási kötelezettsége körébe tartozó

0-7 ÉVES KORÚ GYERMEKEK, VALAMINT OKTATÁSI INTÉZMÉNYBE NEM JÁRÓ, OTTHON GONDOZOTT TANKÖTELES KORÚ GYERMEKEK létszámáról

Benyújtandó: minden év október 31-ig, a szeptember 30 -i állapot szerint.

A szolgálat kódja	A szolgálat ellátási területéhez tartozó település		0-7 éves korú gyermekek létszáma	Oktatási intézménybe nem járó, otthon gondozott tanköteles korú gyermekek létszáma	Létszám összesen	Ebből külterületi ellátottak száma
	Közig. kódja	Megnevezése				
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.

Alulírott – a rendelkezésemre álló nyilvántartások alapján – **igazolom**, a területi védőnői szolgálat ellátotti létszámát, s egyben tudomásul veszem, hogy ezen létszámigazolás szolgál alapul a területi védőnői szolgálatok finanszírozásának normatíva szerinti megállapításához.

Kelt:, 20.....év.....hó.....nap.

.....
 Szolgálatot fenntartó önkormányzat
 jegyzőjének aláírása



Megye kód: □□

Szolgáltató NEAK kódja: □□□□

Szolgáltató neve:

IGAZOLÁS

a területi védőnői szolgálat ellátási kötelezettsége körébe tartozó

VÁRANDÓS ANYÁK létszámáról

Benyújtandó: minden év október 31-ig, a szeptember 30 -i állapot szerint.

A szolgálat kódja	A szolgálat ellátási területéhez tartozó település		Várandós ellátottak száma	Ebből külterületi lakosok száma
	Közig. kódja	Megnevezése		
1.	2.	3.	4.	5.

Alulírott, **szakfelügyeletet ellátó vezető védőnőként nyilatkozom**, hogy a területi védőnői szolgálatban várandós anyák létszáma a valós adatokat tartalmazza.

Kelt:20.....év.....hó....nap.

.....
 Szakfelügyeletet ellátó vezető védőnő
 aláírása
 PH.