



Megye kód: □□

Szolgáltató NEAK kódja: □□□□

Szolgáltató neve: .....

VII/A/1. számú függelék

VÉDŐNŐI SZOLGÁLAT MUNKAKÖRE  
MEGÜRESEDÉSÉNEK, ILLETVE FIZETÉS NÉLKÜLI SZABADSÁGGAL  
1 HÓNAPOT MEGHALADÓ TÁVOLLÉTÉNEK BEJELENTÉSE

1.) A szolgálat kódja :

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

A szolgálat megüresedésének dátuma: .....év .....hó.....nap

2.) A helyettesítő védőnő adatai:

Neve: .....

TAJ száma:

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Védőnői oklevél száma, kelte:.....

Heti munkaidő: ..... óra

Helyettesítés kezdetének időpontja: 20.... év .....hó .....naptól

Befejezésének várható időpontja: 20.... év .....hó .....napig

.....

Szolgáltató

(cégszerű vagy csatolt meghatalmazás szerinti)

# NEMZETI EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ALAPKEZELŐ



Megye kód: □□

Szolgáltató NEAK kódja: □□□□

Szolgáltató neve: .....

**VII/A/2. számú függelék**  
**Intézményenként töltendő ki!**

## OKTATÁSI INTÉZMÉNY IGAZOLÁSA

az OKTATÁSI INTÉZMÉNYBEN ELHELYEZETTEK létszámáról  
Benyújtandó: minden év október 31-ig, a szeptember 30-i állapot szerint.

**20...../20..... oktatási év**

Szolgálat 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	Szolgálatok 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: .....

VII/A/3. számú függelék

**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: .....

VII/A/4. számú függelék

**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.

.....  
 OTH szakfelügyeletet ellátó védőnőjének  
 aláírása,  
 PH.