ORVOSI IGAZOLÁS OLTOTTSÁGI ÁLLAPOT IGAZOLÁSÁRA

37/2020. (X.30.) ÖNKORMÁNYZATI RENDELETHEZ

1. **Rendelet 1. § szerint az ellátás igénylésére jogosult Kérelmező (törvényes képviselő) adatai**

Név:	
Születési név:	
Születési hely, idő:	
Társadalombiztosítási azonosító jele (TAJ szám):	
Anyja neve:	
Bejelentett lakóhelye:	
Bejelentkezés ideje:	
Bejelentett tartózkodási hely (ha van):	

2. **A gyermek adatai, akinek a részére a támogatást igényli:**

Név:	
Születési név:	
Születési hely, idő:	
Társadalombiztosítási azonosító jele (TAJ szám):	
Anyja neve:	
Bejelentett lakóhelye:	
Bejelentkezés ideje:	
Bejelentett tartózkodási hely (ha van):	

3. Orvosi igazolás

…… háziorvos igazolom, hogy a 2. pontban nevezett gyermek ……év ……hónap …….napján Budapest Főváros IV. kerület Újpest Önkormányzata Képviselő-testületének 37/2020. (X.30.) önkormányzati rendeletének 1. § a) és/vagy b) pontja szerinti

*	**Meningococcus B típusú baktérium elleni** **
*	**Rotavírus elleni** **

védőoltásban részesült.

A fenti oltottsági állapot igazolása a nevesített gyermek egyéni védőoltási dokumentációja, vagy más egészségügyi dokumentációja alapján történt.

Kelt: Budapest, 2021.

orvosi PH **Háziorvos aláírása**

*Kérjük X-szel jelölje, mely oltásban részesült a gyermek
**A teljes injekciósorozat igazolandó