

Amennyiben ismert:
Ügyiratszám:
Ügyintéző:

Tárgy: Nyilatkozat keresőképtelenségről

NYILATKOZAT

Név:

Születési hely, idő:

TAJ szám:

rehabilitációs ellátásban részesülő nyilatkozom, hogy a megváltozott munkaképességű személyek ellátásaival kapcsolatos eljárási szabályokról szóló 327/2011. (XII.29.) Korm. rendelet 16. § (3) bekezdésben leírt feltétel következett be:

Kereső tevékenységem ideje alatt év..... hó..... napjától háziorvosi / kezelőorvosi igazolás alapján 60 napot egybefüggően **keresőképtelen vagyok.**

Kelt: , év.....hó.....nap

.....
rehabilitációs ellátásban részesülő