

Amennyiben ismert:
Ügyiratszám:
Ügyintéző:

Tárgy: Nyilatkozat keresőtevékenység megszűnéséről

NYILATKOZAT

Név:.....

Születési hely, idő:.....

TAJ szám:.....

rehabilitációs ellátásban részesülő, a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról szóló 2011. évi CXCI. törvény 17. § (3) bekezdés b) pontjában foglaltak szerint nyilatkozom, hogy

20.....év... hó...nappal (naptól) határozatlan idejű*/vagy

20.....évhónaptól

20...év...hó...napig terjedő határozott idejű keresőtevékenységem

megszűnt.

Kelt: , év.....hó.....nap

.....
rehabilitációs ellátásban részesülő

*A megfelelőt kérjük aláhúzni, és a megszűnés dátumát kitölteni.