

1. melléklet az 5/2024. (II. 14.) önkormányzati rendelethez

Kérelem
gyermek védőoltás költségeihez való Önkormányzat általi utólagos hozzájáruláshoz

Alulírott azzal a kéréssel fordulok a Dunavarsányi Közös Önkormányzati Hivatalhoz, hogy gyermekem részére

a meningococcus baktérium B szerocsoportja okozta agyhártyagyulladás / a kullancs encephalitisz okozta fertőzés / a rota vírus okozta fertőzés / a meningococcus baktérium A, C, W, Y szerocsoportja okozta agyhártyagyulladás*

elleni oltóanyag vételéhez egyszeri, maximum 15.000 Ft Dunavarsány Város Önkormányzata általi utólagos hozzájárulását megállapítani szíveskedjenek.

1. Kérelmező személyi adatai:

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Szül. hely, idő:

Állampolgársága:

Bejelentett lakóhely:

Tartózkodási hely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jel (TAJ):

Telefonszám:

Bankszámlaszám:

2. Gyermek személyi adatai:

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Szül. hely, idő:

Bejelentett lakóhely:

Tartózkodási hely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jel (TAJ):

* A megfelelő aláhúzendő.

Egyéb nyilatkozatok

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy

- a) életvitelszerűen a lakóhelyemen élek,
- b) a közölt adatok a valóságnak megfelelnek,
- c) hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához,
- d) kérelmemnek teljes egészében helyt adó döntés elleni fellebbezési jogomról lemondok, *(Nemleges válasz esetén kérjük a szövegrészt áthúzással törölni!).*

Kelt:

.....
kérelmező aláírása

A kérelemhez csatolni kell:

- a gyermek lakcímét igazoló hatósági igazolvány másolatát,
- a gyermek védőoltás beadását igazoló egészségügyi kiskönyvének másolatát,
- az oltóanyag megvásárlását igazoló gyógyszerári bizonylatot.