1. melléklet a 36/2018. (XII.17.) önkormányzati rendelethez

**PÁLYÁZATI ADATLAP**

**rezidens támogatás igénybe vételéhez**

**I. PÁLYÁZÓ SZEMÉLYES ADATAI**

|  |  |
| --- | --- |
| Név |  |
| Születési név |  |
| Születési hely, idő |  |
| Anyja neve |  |
| Lakóhelye |  |
| Adóazonosító jele |  |
| Társadalombiztosítási azonosító jele (TAJ szám) |  |
| Bankszámla száma |  |
| elérhetőségei (email, telefon) |  |

**II. PÁLYÁZÓ SZAKKÉPZÉSRE ÉS FOGLALKOZTATÓJÁRA VONATKOZÓ ADATAI:**

|  |  |
| --- | --- |
| Általános orvosi diploma száma és kelte |  |
| Szakképzés megnevezése |  |
| Szakképzési rendszerbe lépés kezdő időpontja |  |
| Szakképzési idő jogszabály szerinti záró időpontja |  |
| Szakképzést koordináló felsőoktatási intézmény |  |
| Szakképzéshez kapcsolódó foglalkoztató/egészségügyi szolgáltató megnevezése |  |
| Szakképzéshez kapcsolódó közalkalmazotti jogviszony kezdő időpontja |  |

**Nyilatkozat**

Alulírott nyilatkozom, hogy Kiskunfélegyháza Város Önkormányzat Képviselő-testületének a rezidens támogatásról szóló 36/2018. (XII.17.) önkormányzati rendeletét megismertem és a rendelet 8. §-ában szabályozott, a rezidens támogatásban részesülő személy kötelezettségeit vállalom, támogatásom esetén támogatási szerződést kötök az önkormányzattal.

Vállalom, hogy szakorvosi képesítésem megszerzését követő 1 éven belül a támogatás folyósítás időtartamával megegyező ideig Kiskunfélegyháza Város Önkormányzatának egészségügyi alapellátásában vagy a Bács-Kiskun Megyei Kórház Kiskunfélegyházi telephelyén, mint egészségügyi szolgáltatónál teljes munkaidejű foglalkoztatás keretében a szakképesítésemnek megfelelő szakorvosi tevékenységet végzek.

Hozzájárulok, hogy a pályázatban foglalt adataimat Kiskunfélegyháza Város Önkormányzat Képviselő-testületének Művelődési és Szociális Bizottsága, valamint a Kiskunfélegyházi Polgármesteri Hivatal a pályázat elbírálása, a támogatási szerződés megkötése, a támogatás folyósítása, annak felfüggesztése, megszüntetése, a jogosulatlanul felvett támogatás visszafizettetése, a méltányosság elbírálása, a támogatásra való jogosultság ellenőrzése érdekében kezelje, ellenőrizze, nyilvántartsa és tárolja.

Nyilatkozom továbbá, hogy a pályázatomat a Művelődési és Szociális Bizottság nyílt/zárt\* (megfelelő rész aláhúzandó) ülésen tárgyalja.

Kelt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

pályázó aláírása

**A pályázati adatlaphoz mellékelni kell:**

* + általános orvosi diploma másolata
  + munkáltatói igazolás a szakképzéshez kapcsolódó közalkalmazotti jogviszonyról
  + a felsőoktatási intézménnyel kötött szakképzési megállapodás