# Koronavírus elleni védettségi igazolvány

# Ügybejelentő lap

**Bejelentés indoka:**

* védőoltást követően nem kaptam meg a védettségi igazolványt
*(A. pont kitöltése kötelező)*
* COVID-19 betegségből történő felgyógyulást követően nem kaptam meg a védettségi igazolványt
*(B. pont kitöltése kötelező)*
* az utólag elvégzett ellenanyag-vizsgálat alapján igényelt védettségi igazolványt nem kaptam meg
*(C. pont kitöltése kötelező)*
* egyéb:………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Igénylő személyes adatai *(Kötelezően kitöltendő):***

Vezetéknév: ……………………………………………………………………………………………………………………………………

Keresztnév:

TAJ-szám: …………………………………………………………………………………………………………………………………….

Születési dátum:

Személyazonosító igazolvány száma *(ha van)*:

Külföldi állampolgárság: Igen / Nem *(a megfelelő aláhúzandó)*

Az útiokmány azonosítója:

☐ Kérem, hogy az ügyintézés érdekében szükség szerint az alábbi telefonos vagy e-mailes elérhetőségen tartsák velem a kapcsolatot.

Telefonszám:

E-mail cím:

1. **Oltottság tényének igazolása során megadandó adatok:**

Oltás dátuma:

Oltó intézmény megnevezése:

Oltás helyszíne: ……………………………

**Megjegyzés**:

1. **Fertőzöttség tényének igazolása során megadandó adatok:**
* Az utolsó pozitív eredményű, a koronavírus kimutatására szolgáló molekuláris biológiai vizsgálat vagy antigén gyorstesztet követő negatív eredményű, a koronavírus kimutatására szolgáló molekuláris biológiai vizsgálat időpontja, helyszíne (egészségügyi szolgáltató megnevezése): ……..
* Az utolsó pozitív eredményű, a koronavírus kimutatására szolgáló antigén gyorsteszt vagy molekuláris biológiai vizsgálat napja, amennyiben a vizsgálatot nem követte negatív eredményű, a koronavírus kimutatására szolgáló molekuláris biológiai vizsgálat időpontja, helyszíne (egészségügyi szolgáltató megnevezése):
1. **Fertőzöttség tényének igazolása utólag elvégzett ellenanyag-vizsgálat esetén:**
* A Magyarországon működő egészségügyi szolgáltató által laboratóriumban elvégzett, pozitív eredményű ellenanyag-vizsgálat időpontja, helyszíne (egészségügyi szolgáltató megnevezése): ….

Kérelem benyújtásának helye (kormányablak címe) és ideje:

**Postázási adatok *(Kötelezően kitöltendő)***

*Magyarországi cím esetén*

**Állandó lakcím/tartózkodási hely:**

Irányítószám:…………………………………… Település: ……………………………………………………………………………

Cím: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Védettségi igazolvány kézbesítése:**

* állandó lakcímre, tartózkodási helyre
* egyéb: Irányítószám:……………………Település:…………………………………………………………………………

Cím: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Magyarországi cím esetén kér tértivevényt? Igen / Nem *(a megfelelő aláhúzandó)*

*Külföldi cím esetén*

Ország: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Irányítószám: …………………………………… Település: ……………………………………………………………………………

Cím: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Tartomány: Terület:

**Ha a kérelmező nem személyesen jár el: meghatalmazottként vagy más képviselőként eljáró személy adatai:**

Név:

Születési név:

Születési hely, idő: ..

Anyja neve: ­

**Mellékletek**

* Ha a kérelmező jelen ügyben nem személyesen jár el: meghatalmazás vagy a képviseletet megalapozó egyéb okirat
* Egyéb:

Kelt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ év \_\_\_ hó \_\_\_ nap

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

 Kérelmet benyújtó személy aláírása