**IGAZOLÁS**

**rendszeres szociális ösztöndíjhoz**

**/A pályázó hallgató háziorvosa tölti ki![[1]](#footnote-1)/**

**Igazolom, hogy**

Neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Születési ideje: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Állandó lakcíme: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a felsőoktatásban részt vevő hallgatók juttatásairól és az általuk fizetendő egyes térítésekről szóló 51/2007 (III.26.) Korm.rendelet 2.§ (1) d) pontja szerint **fogyatékossággal élő vagy egészségi állapota miatt rászorult,** tekintettel arra, hogy

* fogyatékossága miatt állandó vagy fokozott felügyeletre, gondozásra szorul, illetve aki fogyatékossága miatt rendszeresen személyi és/vagy technikai segítségnyújtásra és/vagy szolgáltatásra szorul, vagy
* munkaképességét legalább 67%-ban elvesztette vagy legalább 50%-os mértékű egészségkárosodást szenvedett, és ez az állapot egy éve tart vagy előreláthatólag még legalább egy évig fennáll.

Fenti igazolást nevezett részére az arra megfelelő hatáskörrel és illetékességgel rendelkező szerv / hatóság / orvos állásfoglalása / szakvéleménye / igazolása alapján állítottam ki, melyet nevezett részemre jelen igazolás kiállítása érdekében előzetesen bemutatott.

Kelt: ………………………………

 ....................................................................

háziorvos aláírása

munkahelyének címe

P. H.

1. A megfelelő választ X-szel kell jelölni, illetve a hiányzó adatokat kitölteni. [↑](#footnote-ref-1)