**IGAZOLÁS**

**rendkívüli szociális ösztöndíjhoz**

**/Az érintett személy háziorvosa tölti ki!1 /**

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

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

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

a felsőoktatásban részt vevő hallgatók juttatásairól és az általuk fizetendő egyes térítésekről szóló 51/2007 (III.26.) Korm.rendelet 17.§ paragrafusával kapcsolatban

**igazolom**

fent megnevezett személy egészségügyi állapotában olyan változás állt be, mely indokolja az ezzel kapcsolatos szükséges kiadások (egészségügyi szolgáltatások, termékek, eszközök költsége) megnövekedését …………………………………………………………. (a romlás bekövetkeztétől számított minimum két hónap) időszakra vonatkozóan.

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: ……………………….., 202……………

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

háziorvos aláírása

munkahelyének címe

P. H.