

ADATLAP

Hajós szolgálati könyv kiállításához

HSZK száma:

Neve:				Fénykép
Születési neve:				
Anyja neve:				
Születési helye:				
Születési ideje:				
A kitöltés alapjául szolgáló személyazonosító okmány:				
megnevezése	száma	kiállításának ideje	kiállításának helye	
Állampolgársága:				
Állandó lakóhely:				
Értesítési cím:				
Telefon/Fax:				
e-mail címe:				
Termet (cm)	Arcforma	Hajszín	Szemszín	
Különös ismertető jel:				
Szakiskola, hivatásos belvízi képesítések adatai (iskola, képesítés megnevezése, törzskönyvi szám vizsga időpontja:				
Előző hajós szolgálati könyv száma (eredetit bemutatni):				
A hajós szolgálati könyv kiállításához mellékelni kell:				
egészségügyi alkalmasság igazolása 2 db szabványos színes igazolványkép korábban megszerzett hivatásos belvízi képesítő okmányok másolata Az eljárási díj befizetését igazoló postai feladóvevényt, banki átutalási bizonylat eredeti példányát				
Tudomásul veszem, hogy a hajós szolgálati könyv kiállítása díjköteles melynek mértékét "a hajózási hatósági eljárások díjairól szóló 29/2001. (IX. 1.) KöViM rendelet 1. melléklet 26. h. pontja alapján kerül megállapításra valamint a nyomtatvány (szolgálati könyv) térítésköteles.				
Bíróság eltiltotta-e valamely vízi jármű vezetésétől?		igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>	meddig?.....
Bevonás hatálya alatt áll-e képesítése?		igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>	meddig?.....
Áll-e cselekvőképességét kizáró vagy korlátozó gondnokság alatt?		igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>	Ki vonta be?.....
Kijelentem, hogy a víziközlekedéshez szükséges mértékben, megfelelő biztonsággal tudok úszni Tudomásul veszem, hogy a hajózási hatóság a vizsgabizonyítványt visszavonja, a vizsgabizonyítvány kiadásának alapjául szolgáló iratok meghamisítása, vagy hamis adatok közlése esetén Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek; egyúttal hozzájárulok személyes adataim hajózási hatóságnál történő nyilvántartásához				
Dátum:				Kérelmező aláírása

Az adatlap leadásának időpontja:

Dátum: Budapest,

Ügyintéző

sz. ORVOSI IGAZOLÁS			
A belvízi hajós egészségi alkalmasságának minősítéséről			
Vezeték és utónév:		Születési idő:	
Anyja születési neve:		Születési hely:	
Állampolgársága:		Személyi ig. (útlevél) szám:	
	Látási követelmények	jobb szem	bal szem
	Távra:		
	Látásjavító eszközzel:		
	Közelre:		
	Szürkületi látás:		
	Látótér:		
	Szemmozgások:		
	Színlátás:		
	A vizsgálat eredménye:	megfelelő	nem megfelelő
	Hallás: a halláskárosodás meghaladja a 30dB-t 500, 1000 és 2000 Hz frekvenciánál		
	jobb fül:	<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> nem
	bal fül:	<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> nem
	Hallókészülék szükséges:	<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> nem
	A vizsgálat eredménye	<input type="checkbox"/> megfelelő	<input type="checkbox"/> nem megfelelő
	20 kg súly felemelésének képessége:	<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> nem
	A részletes vizsgálatok eredményei:		
	Betegségek vagy testi fogyatékoságok, amelyek a hajós munkavégző képességét korlátozzák:		
	Felülvizsgálat a Repülési, Hajózási és Tengerészeti Egészségügyi központban szükséges		
		<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
	A belvízi hajós egészségi alkalmasságának orvosi minősítése		
	Fedélzeti szolgálatra	<input type="checkbox"/> alkalmas	<input type="checkbox"/> nem alkalmas
	Gépüzemi szolgálatra	<input type="checkbox"/> alkalmas	<input type="checkbox"/> nem alkalmas
	Segédszolgálatra	<input type="checkbox"/> alkalmas	<input type="checkbox"/> nem alkalmas
	A belvízi hajós egészségi alkalmasságának orvosi minősítése érvényes.....-ig		
..... hely, dátum		ph. Foglalkozás egészségügyi alapszolgáltatás nyújtására jogosult, a közlekedési értesítőben közzétett orvos aláírása