

## A VÁRANDÓSSÁG IGAZOLÁSA

munkáshitel részletszabályairól szóló 372/2024. (XI. 29.) Korm. rendelet szerinti kedvezmények és támogatások igénybevételéhez<sup>1</sup>

Alulírott, a várandósgondozásban részt vevő szülész-nőgyógyász szakorvos igazolom, hogy az 1. pontban nevezett személy 12. hetet betöltött várandóssága ..... év ..... hónap ..... napján fennállt.

### A várandós személy személyes adatai

- |                              |       |
|------------------------------|-------|
| 1. neve:                     | ..... |
| 2. születési neve:           | ..... |
| 3. anyja neve:               | ..... |
| 4. születési helye és ideje: | ..... |
| 5. lakcíme:                  | ..... |

### I. A várandósság adatai

- |   |       |
|---|-------|
| 1. a várandósság 12. hete betöltésének napja: | ..... |
| 2. szülés várható időpontja:                  | ..... |
| 3. magzatok száma:                            | ..... |

### II. Az igazolást kiállító szülész-nőgyógyász szakorvos adatai

- |  |       |
|--|-------|
| 1. szakorvos orvosi neve:              | ..... |
| 2. szakorvos alapnyilvántartási száma: | ..... |

Dátum: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Szakorvos aláírása és bélyegzője

<sup>1</sup> Jelen pont jelölése a munkáshitel részletszabályairól szóló 372/2024. (XI. 29.) Korm. rendelet alapján nyújtott munkáshitel esetén szükséges. A nyomtatvány a 372/2024. (XI. 29.) Korm. rendelet 1. számú mellékletében meghatározott tartalommal készült.