



---

**Salgótarján Megyei Jogú Város Önkormányzata**  
**PÁLYÁZATI FELHÍVÁSA**  
**orvosok lakhatási támogatására**

**I. A Felhívás célja:**

Salgótarján Megyei Jogú Város Önkormányzatának célja, hogy az egészségügyi alapellátás működőképességének megtartása érdekében elősegítse Salgótarjánban a salgótarjáni alapellátásban jogviszonyt létesítő orvosok letelepedését. Ennek érdekében 2023. április 1-től letelepedést ösztönző programot indít, amelyhez pályázat útján lehet csatlakozni.

**II. Kérelmet benyújtók köre:**

Pályázatot nyújthat be az az orvos, aki

- a pályázat benyújtásakor az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény alapján szerzett praxisjoggal nem rendelkezik,
- háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II.25.) EüM rendeletben meghatározott személyi feltételek alapján háziorvosi/házi gyermekorvosi/fogorvosi tevékenység végzésére jogosult,
- 2023. április 1. napját követően Salgótarjánban az alapellátásban jogviszonyt létesítő háziorvosi/házi gyermekorvosi/fogorvosi körzetben területi ellátási kötelezettséget vállalva
  - a) Salgótarján Megyei Jogú Város Önkormányzatával kötött feladat-ellátási szerződés alapján, vagy
  - b) Salgótarján és Térsége Egészségügyi-Szociális Központjával egészségügyi szolgálati jogviszony alapján,
- a körzet betöltését legalább 6 évig vállalja,
- Salgótarjánban vagy Salgótarján közigazgatási határától számított 30 km-en belül nem rendelkezik lakóingatlan-tulajdonnal vagy lakóingatlanban tulajdoni hányaddal, vagy lakóingatlanon fennálló haszonélvezeti joggal,
- rendelkezik Salgótarján közigazgatási területén belül lévő 1 db (életvitelszerűen használt) lakásra vonatkozó bérleti szerződéssel
- részt vesz az alapellátáshoz kapcsolódó ügyeleti ellátásban.

**III. Támogatási összeg:** a II. pontban meghatározott lakás bérleti díjának 70%-a, de legfeljebb 260.000 Ft/lakás/hó.

**IV. A Támogatás időtartama:** a lakásbérleti jogviszony időtartama, de legfeljebb 3 év.

**V. A pályázathoz csatolni szükséges:**

- kérelem nyomtatvány,
- a végzettséget, szakképesítést igazoló okiratok másolatát,
- részletes, szakmai tevékenységet bemutató önéletrajzot,
- 30 napnál nem régebbi erkölcsi bizonyítványt,
- Salgótarján Megyei Jogú Város Önkormányzatával kötött feladatellátási szerződés esetén a működési engedély másolata, vagy Salgótarján és Térsége Egészségügyi-Szociális Központjával egészségügyi szolgálati jogviszonyt igazoló kinevezés másolata,
- Salgótarján közigazgatási területén belül lévő 1 db (életvitelszerűen használt) lakásra vonatkozó érvényes lakásbérleti szerződés másolatát,

- a lakcímet igazoló kártya másolatát,
- nyilatkozatot, amely szerint hozzájárul ahhoz, hogy a pályázat elbírálásában résztvevők a pályázati anyagot megismerhessék.

**VI. A pályázat benyújtásának határideje:** A működési engedély kiállításának, vagy az egészségügyi szolgálati jogviszony létesítésének napját követő 6 hónapon belül.

**VII. A rendelkezésre álló forrás: 2023. évben 6.240.000 Ft**

**VIII. A pályázat benyújtásának módja:**

A pályázatot postai úton, személyesen vagy elektronikus úton, az előírt mellékletekkel együtt, az alábbi címre kérjük benyújtani:

**Salgótarján Megyei Jogú Város Polgármesteri Hivatala**  
**Humánszolgáltatási és Szervezési Iroda**  
**3100 Salgótarján, Múzeum tér 1.**  
[human@salgotarjan.hu](mailto:human@salgotarjan.hu)

**IX. A pályázat elbírálásának határideje: a pályázat benyújtását követő 60 napon belül**

A pályázat támogatásáról – a Salgótarján és Térsége Egészségügyi-Szociális Központjának bevonásával – Salgótarján Megyei Jogú Város, illetve Önkormányzatának Népjóléti Bizottsága dönt. A támogatásban részesülő pályázóval Salgótarján Megyei Jogú Város Önkormányzata a részletes feltételeket tartalmazó határozott időre szóló támogatási szerződést köt. A döntés ellen jogorvoslatra nincs lehetőség.

Salgótarján, 2023. március 31.

Fekete Zsolt sk.  
polgármester

**KÉRELEM**  
**orvosok lakhatási támogatására**

<b>I. Pályázat tárgya</b>			
Salgótarján Megyei Jogú Város Önkormányzatának célja, hogy az egészségügyi alapellátás működőképességének megtartása érdekében elősegítse Salgótarjánban a salgótarjáni alapellátásban jogviszonyt létesítő orvosok letelepedését.			
<b>II. Pályázó háziorvos/házi gyermekorvos/fogorvos tevékenység végzésére jogosult személy adatai</b>			
<b>Pályázó:</b>	<input type="checkbox"/> háziorvos	<input type="checkbox"/> házi gyermekorvos	<input type="checkbox"/> fogorvos
<b>Név:</b>			
<b>Születési név:</b>			
<b>Születési hely:</b>		<b>Születési idő:</b>	
<b>Anyja születési neve:</b>			
<b>Állampolgársága:</b>		<b>Pecset száma:</b>	
<b>Adóazonosító jel:</b>		<b>TAJ:</b>	
<b>Lakcím:</b>			
<b>Elérhetőség:</b>	Tel.:	e-mail:	
<b>III. Betöltött háziorvosi/házi gyermekorvosi/fogorvosi szolgálat címe</b>			
<b>IV. Nyilatkozatok</b>			
Nyilatkozom, hogy a körzet betöltését legalább 6 évig vállalom.	<input type="checkbox"/>		
<b>Büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom:</b>			
a pályázati feltételeket elfogadom,	<input type="checkbox"/>		
köztartozással nem rendelkezem,	<input type="checkbox"/>		
praxisjoggal nem rendelkezem.	<input type="checkbox"/>		
Az ügyeleti ellátásban történő részvételt vállalom.	<input type="checkbox"/>		
Salgótarjánban, illetve Salgótarján közigazgatási határától számított 30 km-en belül lakóingatlan-tulajdonnal vagy lakóingatlanban tulajdoni hányaddal, vagy lakóingatlanon fennálló haszonélvezeti joggal nem rendelkezem.	<input type="checkbox"/>		
<b>A területi ellátási kötelezettséget:</b>			
Salgótarján Megyei Jogú Város Önkormányzatával kötött feladat-ellátási szerződés keretében látom el.	<input type="checkbox"/>		
Salgótarján és Térsége Egészségügyi-Szociális Központjával létesített egészségügyi szolgálati jogviszonyban látom el.	<input type="checkbox"/>		

<b>V. Csatolt dokumentumok:</b>	
a végzettséget, szakképesítést igazoló okiratok másolata	<input type="checkbox"/>
részletes, szakmai tevékenységet bemutató önéletrajz	<input type="checkbox"/>
30 napnál nem régebbi erkölcsi bizonyítvány	<input type="checkbox"/>
Salgótarján és Térsége Egészségügyi-Szociális Központjával egészségügyi szolgálati jogviszonyt igazoló kinevezés másolata	<input type="checkbox"/>
Salgótarján Megyei Jogú Város Önkormányzatával kötött feladatellátási szerződés esetén a működési engedély másolata	<input type="checkbox"/>
Salgótarján közigazgatási területén belül lévő 1 db (életvitelszerűen használt) lakásra vonatkozó érvényes lakásbérleti szerződés másolata	<input type="checkbox"/>
a lakcímet igazoló kártya másolata	<input type="checkbox"/>

Tudomásul veszem, hogy a pályázatom kedvező elbírálása esetén csak akkor részesülök a támogatásban, ha Salgótarján Megyei Jogú Város Önkormányzatával határozott időre szóló támogatási szerződést kötök, és az abban foglaltaknak eleget teszek.

Dátum: Salgótarján, ..... (év) .....(hó) .....(nap)

.....  
aláírás