

**Adony Város Önkormányzat Képviselő-testületének  
2/2015. (I. 30.) önkormányzati rendelete  
a méhnyakrák és a nemi szemölcsök elleni védőoltás támogatásáról szóló  
6/2010. (III. 30.) rendelet módosításáról**

Adony Város Önkormányzat Képviselő-testülete az Alaptörvény 32. cikk (1) bekezdés a) pontjában kapott felhatalmazás alapján Magyarország önkormányzatairól szóló 2011. évi CLXXXIX. törvény 13. § (1) bekezdés 4. pontjában meghatározott feladatkörében eljárva a következőket rendeli el:

1. § A méhnyakrák és a nemi szemölcsök elleni védőoltás támogatásáról szóló 6/2010. (III.30.) rendelet (a továbbiakban: Rendelet) 3. § (1) bekezdése helyébe az alábbi rendelkezés lép:

„(1) Támogatásra jogosult az a fiúgyermek, aki”

2. § A Rendelet 5. § (1) bekezdés helyébe az alábbi rendelkezés lép:

„(1) A támogatásra irányuló kérelmet az 1. melléklet szerinti nyomtatványon az Adonyi Közös Önkormányzati Hivatalba kell benyújtani tárgyév február 15-ig.”

3. § (1) A Rendelet 1. melléklete helyébe a rendelet 1. melléklete lép.

(2) A Rendelet 2. melléklete helyébe a rendelet 2. melléklet lép.

4. § A rendelet a kihirdetést követő napján lép hatályba, és a hatályba lépését követő napon hatályát veszti.

  
Ronyecz Péter  
polgármester



  
Földi Ilona  
jegyző

A rendelet kihirdetve: 2015. január 30.

  
Földi Ilona  
jegyző



## KÉRELEM

### a HPV elleni védőoltás támogatására

#### A kérelmező személyi adatai:

Név: ..... Születési név: .....

Születési hely: ..... Születési idő: .....

Anyja neve: .....

Bejelentett lakóhely: .....

Telefonszám: .....

#### Beoltandó gyermekem:

Név: .....

Születési hely: ..... Születési idő: .....

Bejelentett lakóhely: .....

Vállalom az első oltás önrészenek *a) vagy b) pont közül egyet alá kell húzni!*  
a) egy összegben

b) négy egyenlő részletben történő megfizetését.

Tudomásul veszem, hogy a programban megjelölt időpontok kötöttek, így a programban más időpontban nem vehetek részt!

Tudomásul veszem, hogy ez egy három oltásból álló oltássorozat. A második oltás két hónap múlva esedékes, a harmadik oltás pedig hat hónappal az első oltást követően. A védettség csak a három oltást követően biztosított. Ezért vállalom, hogy figyelemmel kísérem a teljes oltási sor beadását.

Jelen kérelem aláírásával egyben hozzájárulok, hogy a regisztrációs lapon megadott adatok kizárólag az oltások biztosítása céljából felhasználhatók legyenek. A megadott adatok bizalmasan kezelendők, harmadik fél számára, csak az érintett engedélyével adhatók ki.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a kérelemben és a regisztrációs adatlapon közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem, hogy a valótlan adatközlés a támogatás visszafizetését vonhatja maga után. Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak az eljárás során történő felhasználásához.

Adony,.....

.....  
támogatást kérelmező aláírása

## REGISZTRÁCIÓS ADATLAP

### Beoltandó gyermekre vonatkozó adatok

Név:.....

Születési hely és idő:.....

Anyja neve:.....

Bejelentett lakóhely:.....

TAJ száma:.....Gyermekorvos neve:.....

### Beleegyező nyilatkozat

Alulírott

Név:.....szül. idő:.....

Bejelentett lakóhely:..... szig.szám:.....

szülői felügyeleti joggal rendelkező szülő\* gyám\* (a megfelelő aláhúzendő)

és

Név:.....szül. idő:.....

Bejelentett lakóhely:..... szig.szám:.....

szülői felügyeleti joggal rendelkező szülő

mint.....(gyermek neve) nevű gyermek törvényes képviselője nyilatkozom, hogy a Humán Papillóma Vírus (HPV) elleni oltóanyaggal történő védőoltásról szóló felvilágosítást megértettem és tudomásul vettem. Kijelentem és elismerem, hogy a védőoltás felhasználására vonatkozó betegájékoztatót a jelen nyilatkozatom aláírása előtt megismertem, az abban foglaltakat tudomásul veszem. Mindezen felvilágosítások és információk alapján kérem és hozzájárulok ahhoz, hogy a HPV védőoltást a fent megjelölt gyermek részére beadják.

Adony,.....

.....  
törvényes képviselő aláírása

.....  
törvényes képviselő aláírása