



---

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

**I. A Felhívás célja:**

Salgótarján Megyei Jogú Város Önkormányzata egészségügyi alapellátásának működőképességének megtartása érdekében elősegítse Salgótarjánban a salgótarjáni alapellátásban jogviszonyt létesítő orvosok letelepedését.

**II. Kérelmet benyújtók köre:**

Pályázatot nyújthat be az az orvos, aki

1. a pályázat benyújtásakor az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény alapján szerzett praxisjoggal nem rendelkezik,
2. háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II.25.) EüM rendeletben meghatározott személyi feltételek alapján háziorvosi/házi gyermekorvosi/fogorvosi tevékenység végzésére jogosult,
3. Salgótarjánban az alapellátásban jogviszonyt létesítő háziorvosi/házi gyermekorvosi/fogorvosi körzetben területi ellátási kötelezettséget vállal
  - a. Salgótarján Megyei Jogú Város Önkormányzatával kötött feladat-ellátási szerződés alapján, vagy
  - b. Salgótarján és Térsége Egészségügyi-Szociális Központjával egészségügyi szolgálati jogviszony alapján,
4. a körzet betöltését legalább 6 évig vállalja (amennyiben a háziorvos, házi gyermekorvos vagy fogorvos a praxis ellátását a támogatott időszak lejártáig befejezi, időarányos visszafizetési kötelezettsége keletkezik. Ha a támogatásban részesülő háziorvos, házi gyermekorvos vagy fogorvos gyermekvállalás vagy egy hónapot meghaladó betegség miatt átmenetileg nem tudja személyesen ellátni az adott körzet feladatait, akkor a vállalt 6 éves időtartam meghosszabbodik azzal az időintervallummal, amíg ez az állapot fennáll,
5. a pályázat benyújtásakor Salgótarjánban vagy Salgótarján közigazgatási határától számított 30 km-en belül nem rendelkezik lakóingatlan-tulajdonnal vagy lakóingatlanban tulajdoni hányaddal, vagy lakóingatlanon fennálló haszonélvezeti joggal,
6. rendelkezik Salgótarján közigazgatási területén belül lévő 1 db (életvitelszerűen használt) lakásra vonatkozó bérleti szerződéssel,
7. fogorvosi tevékenység esetén részt vesz az alapellátáshoz kapcsolódó ügyeleti ellátásban.

**III. Támogatási összeg:** az II.6. pontban meghatározott lakás bérleti díjának 70%-a, de legfeljebb 260.000 Ft/lakás/hó.

**IV. Támogatás időtartama:** a pályázat benyújtását követő hónap első napjától, a lakásbérleti jogviszony időtartamáig, 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 3 hónapon belül.

**VII. A rendelkezésre álló forrás:** Az Önkormányzat tárgyevre vonatkozó költségvetési rendeletében meghatározott összeg.

**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**

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

A pályázat támogatásáról Salgótarján Megyei Jogú Város Önkormányzatának Közgyűlésének Népjóléti Bizottsága dönt. A támogatásban részesülő pályázóval Salgótarján Megyei Jogú Város Önkormányzata a feltételeket tartalmazó határozott időre szóló támogatási szerződést köt. A döntés ellen jogorvoslatra nincs lehetőség.

**X. A támogatási szerződés megkötésének határideje:** a Népjóléti Bizottság döntésének kézbesítésétől számított 15 napon belül.

**XI. A jogosulatlanul igénybe vett támogatás határidőben való visszafizetése esetén a támogatás összegén felül a visszafizetési kötelezettség időpontjától kezdődően a mindenkori jegybanki alapkamatnak megfelelő alapkamatot, a határidőben történő meg nem fizetés esetén a támogatás összegén felül a mindenkori jegybanki alapkamat kétszeresének megfelelő mértékű kamatot is meg kell fizetni.**

Salgótarján, 2024. május 21.



**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 házi orvos/házi gyermekorvos/fogorvos tevékenység végzésére jogosult személy adatai</b>			
<b>Pályázó:</b>	<input type="checkbox"/> házi orvos	<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>Lakcím:</b>			
<b>Elérhetőség:</b>	Tel.:	e-mail:	

<b>III. Betöltött házi orvosi/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"/>
praxisjoggal nem rendelkezem.	<input type="checkbox"/>
Az ügyeleti ellátásban történő részvételt vállalom (fogorvosi tevékenység esetén).	<input type="checkbox"/>
A pályázat benyújtásakor Salgótarjánban, illetve Salgótarján közigazgatási határától számított 30 km-en belül lakóingatlan-tulajdonnal vagy lakóingatlanban tulajdoni hányaddal, vagy lakóingatlanon fennálló hasznélvezeti joggal nem rendelkezem.	<input type="checkbox"/>
Lakóingatlan-tulajdon vagy lakóingatlanban tulajdoni hányad, vagy lakóingatlanon fennálló hasznélvezeti jog szerzése esetén a pályázat kiírója felé – haladéktalanul – bejelentési kötelezettséggel élek.	<input type="checkbox"/>
A pályázat részét képező lakásbérleti szerződésben történő változást, annak megszűnését haladéktalanul bejelentem a pályázat kiírója felé.	<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"/>
A pályázati adatkezelési tájékoztatót a <a href="http://www.salgotarjan.hu">www.salgotarjan.hu</a> / Adatvédelem és közérdekű adatok megismerése / Adatkezelési tájékoztatók elérhetőségen megismertem és tudomásul vettem.	<input type="checkbox"/>
<b>V. Csatolt dokumentumok:</b>	
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"/>
Pályázóval kötött, Salgótarján közigazgatási területén belül lévő 1 db (életvitelszerűen használt) lakásra vonatkozó hatályos lakásbérleti szerződés másolata	<input type="checkbox"/>
A lakcímet igazoló kártya másolata (a személyi azonosítószámot nem tartalmazó oldaláról)	<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