**Tárgy:** Gomba-szakellenőri tevékenység bejelentése

**Pest Megyei Kormányhivatal**

**Élelmiszerlánc-biztonsági, Állategészségügyi, Növény- és Talajvédelmi Főosztály**

**1135 Budapest, Lehel u. 43-47.**

**Tisztelt Hivatal!**

A 107/2011.(XI.10.) VM rendelet 3.§-a alapján bejelentem gomba-szakellenőri tevékenységemet.

Bejelentésemhez másolatban mellékelem a következő dokumentumokat (megfelelőt aláhúzni):

* gomba szakellenőri bizonyítvány, vagy hiteles másolata,
* 5 évnél nem régebbi orvosi igazolás, vagy hiteles másolata, amely igazolja a mentális beszámíthatóságra, valamint az érzékszervek normális működésére vonatkozó alkalmasságot,
* gomba-szakellenőri tevékenységről szóló kérelem és bejelentő lap.

Nyomtatott betűkkel kell kitölteni!

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Személy azonosító adataim:  | Név: |  |
| Születéskori név |  |
| Születési hely, idő év, hó, nap: |  |
| Anyja neve: |  |
| Személyi igazolvány száma: |  |
| Lakcím (irányítószám, település, utca, házszám, emelet, ajtó): |  |
| Levelezési cím, amennyiben eltér a lakcímtől (irányítószám, település, utca, házszám, emelet, ajtó): |  |
| Telefonszám: |  |
| E-mail cím |  |
| Bizonyítványom | száma: |  |
| kiállítója: |  |
| dátuma (év, hó, nap): |  |
| Orvosi igazolás | mellékelt orvosi igazolás kiállítójának neve |  |
| orvos pecsétjének száma |  |
| orvosi igazolás kiállításnak dátuma (év, hó, nap): |  |

A gomba-szakellenőri tevékenységet az alábbi helyszíneken és elérhetőségi időben folytatom:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| sorszám | Gomba-szakellenőri tevékenység helye: irányítószám, település,utca, házszám,piac megnevezése | Tevékenység /rendelkezésre állás ideje (óra pontossággal)+ | A tevékenység (X-el jelölve) |
| Piaci | Lakossági | Üzemi | Egyéb ++ |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |

Pótlapon folytatható

+: pl folyamatosan egész évben vasárnap 12-16 óráig, folyamatosan egész évben munkanapokon 8-16-óráig, márciusban vasárnap 12-16 óráig, augusztusban munkanapokon 8-16 óráig stb.

++: megnevezve az egyéb formát, amelyben szakellenőri tevékenységet végez:

Dátum:

 ……………………………………..

 Aláírás

**Pest Megyei Kormányhivatal tölti ki:**

A bejelentést követően kiadott PMKH nyilvántartási szám:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |  |