

ΑΙΤΗΣΗ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ

	<p>ΠΡΟΣ Υγειονομική Περιφέρεια </p>
<p>ΟΝΟΜΑ</p>	
<p>ΕΠΙΘΕΤΟ</p>	<p>Παρακαλώ να με συμπεριλάβετε στον κατάλογο επικουρικών ιατρών που τηρείται ηλεκτρονικά στηνΥΠΕ</p>
<p>ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ</p>	<p>σύμφωνα με τις διατάξεις του του άρθρου 100 του ν.4368/2016 (ΦΕ/Α' 21).</p>
<p>ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ</p>	<p>Επισυναπτόμενα δικαιολογητικά:</p>
<p>ΑΔΤ ή ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ</p>	<p>1. Φωτοτυπία της ταυτότητας ή του διαβατηρίου από το οποίο θα προκύπτει ότι ο κάτοχος είναι Έλληνας υπήκοος ή υπήκοος χώρας μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης <input type="checkbox"/></p>
<p>ΚΑΤΟΙΚΟΣ</p>	<p>Οι σύζυγοι Ελλήνων υπηκόων ή υπηκόων κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, θα υποβάλλουν φωτοαντίγραφο δελτίου μόνιμης διαμονής μέλους οικογένειας πολίτη της Ένωσης. <input type="checkbox"/></p>
<p>ΟΔΟΣ- ΑΡΙΘΜΟΣ</p>	<p>Οι υπήκοοι τρίτων χωρών θα υποβάλλουν φωτοαντίγραφο του δελτίου παραμονής επί μακρόν ή φωτοαντίγραφο μπλε κάρτας της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή φωτοαντίγραφο δελτίου άδειας παραμονής ομογενούς ή φωτοαντίγραφο δελτίου παραμονής δεύτερης γενιάς. <input type="checkbox"/></p>
<p>ΤΚ</p>	
<p>ΤΗΛ</p>	
<p>ΚΙΝ. ΤΗΛ.</p>	<p>2. Φωτοαντίγραφο πτυχίου Ελληνικού Πανεπιστημίου ή Πανεπιστημίου κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης το οποίο θα συνοδεύεται από φωτοαντίγραφο της μετάφρασης και φωτοαντίγραφο της ισοτιμίας ΔΟΑΤΑΠ όπου αυτό απαιτείται ή πτυχίου χώρας εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης το οποίο θα συνοδεύεται από φωτοαντίγραφο της μετάφρασης και φωτοαντίγραφο της ισοτιμίας ΔΟΑΤΑΠ. <input type="checkbox"/></p>
<p>ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ</p>	
<p>ΗΜ/ΝΙΑ ΚΤΗΣΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ:</p>	<p>3. Φωτοαντίγραφο άδειας ή βεβαίωσης άδειας άσκησης ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος στη χώρα μας. <input type="checkbox"/></p>
<p>ΗΜ/ΝΙΑ ΑΔΕΙΑΣ Ή ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ:</p>	<p>4. Άδεια χρήσης τίτλου ιατρικής ειδικότητας στη χώρα μας που κατά την ημερομηνία υποβολής της, <u>δεν έχει παρέλθει δεκαετία από την ημερομηνία έκδοσης της άδειας.</u> <input type="checkbox"/></p>
<p>Οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να σημειώνουν με ✓ ή X τα δικαιολογητικά που καταθέτουν από την διπλανή λίστα με ευθύνη τους.</p>	<p>5. Βεβαίωση εγγραφής σε Ιατρικό Σύλλογο από την οποία να προκύπτει η ασκούμενη κατά την τελευταία πενταετία ειδικότητα. <input type="checkbox"/></p>
<p>ΣΥΝΝΗΜΜΕΝΑ: Δικαιολογητικά</p>	<p>6. Υπεύθυνη Δήλωση (άρθρο 8 Ν.1599/1986) Υπόδειγμα Υπεύθυνης Δήλωσης I ή II <input type="checkbox"/></p>
<p>(Συμπληρώνεται ο αριθμός των δικαιολογητικών που υποβάλλονται)</p>	<p>7. Υπεύθυνη Δήλωση προτίμησης (άρθρο 8 Ν.1599/1986) Υπόδειγμα Υπεύθυνης Δήλωσης III <input type="checkbox"/></p>
<p>ΣΥΝΝΗΜΜΕΝΑ: Δικαιολογητικά</p>	<p>8. Βεβαίωση γνώσης της Ελληνικής γλώσσας (Δγ/10424/31-3-93 ΦΕΚ 263Β) Υπουργική Απόφαση) <input type="checkbox"/></p>
<p>(Συμπληρώνεται ο αριθμός των δικαιολογητικών που υποβάλλονται)</p>	<p>9. Πιστοποιητικό Εξειδίκευσης ή Βεβαίωση προϋπηρεσίας. <input type="checkbox"/></p>
<p>ΣΥΝΝΗΜΜΕΝΑ: Δικαιολογητικά</p>	<p>10. Ιατρική Γνωμάτευση ή γνωμάτευση ΚΕΠΑ <input type="checkbox"/></p>
<p>ΣΥΝΝΗΜΜΕΝΑ: Δικαιολογητικά</p>	<p align="center">Ημερομηνία </p>
<p>ΣΥΝΝΗΜΜΕΝΑ: Δικαιολογητικά</p>	<p align="center">Ο/Η Αιτών/ούσα</p>



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ						
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός			Αριθ:	TK:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

ΕΠΙΘΥΜΩ ΝΑ ΤΟΠΟΘΕΤΗΘΩ ΩΣ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ:

1)ΝΟΜΟΣ

2)ΝΟΜΟΣ

(4)

Ημερομηνία: .../.../201

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ						
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός			Αριθ:	ΤΚ:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Δεν έχω αποποιηθεί διορισμό σε θέση ιατρού ΕΣΥ, δεν έχω παραιτηθεί από θέση ιατρού ΕΣΥ, δεν έχω παραιτηθεί ή αποποιηθεί την επιλογή μου σε θέση επικουρικού ιατρού και δεν κατέχω καμία άλλη έμμισθη θέση στο στενό ή στον ευρύτερο δημόσιο τομέα. Επίσης, δεν έχω καταθέσει αίτηση εγγραφής σε άλλη Υγειονομική Περιφέρεια ή στον κατάλογο που τηρείται στο Υπουργείο Υγείας για το Ε.Κ.Α.Β.

Ημερομηνία: .../.../2015

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ								
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:					
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:									
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:									
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :									
Τόπος Γέννησης:									
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:					
Τόπος Κατοικίας:			Οδός			Αριθ:		TK:	
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):					

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Δεν έχω αποποιηθεί διορισμό σε θέση ιατρού ΕΣΥ, δεν έχω παραιτηθεί από θέση β ιατρού ΕΣΥ, δεν έχω παραιτηθεί ή αποποιηθεί την επιλογή μου σε θέση επικουρικού ιατρού και κατέχω θέση σε παράταση ειδικότητας. Επίσης, δεν έχω καταθέσει αίτηση εγγραφής σε άλλη Υγειονομική Περιφέρεια ή στον κατάλογο που τηρείται στο Υπουργείο Υγείας για το Ε.Κ.Α.Β.

Ημερομηνία: .../...../ 201

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ								
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:					
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:									
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:									
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :									
Τόπος Γέννησης:									
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:					
Τόπος Κατοικίας:			Οδός			Αριθ:		ΤΚ:	
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):					

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Δεν έχω αποπονηθεί διορισμό σε θέση ιατρού ΕΣΥ, δεν έχω παραιτηθεί από θέση ιατρού ΕΣΥ, δεν έχω παραιτηθεί και έχω αποπονηθεί μία (1) φορά την επιλογή μου σε θέση επικουρικού ιατρού και δεν κατέχω καμία άλλη έμμισθη θέση στο στενό ή στον ευρύτερο δημόσιο τομέα. Επίσης, δεν έχω καταθέσει αίτηση εγγραφής σε άλλη Υγειονομική Περιφέρεια ή στον κατάλογο που τηρείται στο Υπουργείο Υγείας για το Ε.Κ.Α.Β.

Ημερομηνία: .../.../ 201

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :							
Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:		Τηλ:					
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Αρ. Τηλεμοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις⁽³⁾, που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Συαινώ στην ανάρτηση των προσωπικών μου στοιχείων και συγκεκριμένα Όνομα και Επώνυμο στον κατάλογο επικουρικών ιατρών που αναρτάται στην ιστοσελίδα της 7^{ης} Υ.Πε Κρήτης.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(4)

Ημερομηνία: 20

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :							
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:			Τηλ:				
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	TK:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):			Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):				

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Έχω υπηρετήσει ως επικουρικός ιατρός στους παρακάτω φορείς και στα αναφερόμενα χρονικά διαστήματα:

-
-

Δεν έχω λάβει δύο αρνητικές αξιολογήσεις εντός χρονικού διαστήματος πέντε (5) ετών.

(4)

Ημερομηνία: 20

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.