

ΑΙΤΗΣΗ ΙΑΤΡΩΝ

ΠΡΟΣ

7^η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης

ΟΝΟΜΑ

ΕΠΙΘΕΤΟ

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ

ΑΔΤ ή ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ

ΚΑΤΟΙΚΟΣ

ΟΔΟΣ- ΑΡΙΘΜΟΣ

ΤΚ

ΤΗΛ

ΚΙΝ. ΤΗΛ.

Δ/ΝΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ:

Νοσοκομείο Επιλογής :
(αναγράφεται η μία επιλογή του Ιατρού)

.....

Νοσοκομεία για προκαταρκτική κλινική άσκηση.

1. Πα.Γ.Ν.Η
2. Γ.Ν.Χανίων

ΣΥΝΝΗΜΜΕΝΑ: Δικαιολογητικά

(Συμπληρώνεται ο αριθμός των δικαιολογητικών που υποβάλλονται)

Παρακαλώ να γίνει δεκτό το αίτημά μου για συμμετοχή στο πιλοτικό πρόγραμμα προκαταρκτικής κλινικής άσκησης διάρκειας έξι (6) μηνών σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 3 του ν.4999/2022 (ΦΕΚ 225/Α').

Επισυναπτόμενα δικαιολογητικά:

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

Οι σύζυγοι Ελλήνων υπηκόων ή υπηκόων κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, θα υποβάλλουν φωτοαντίγραφο δελτίου μόνιμης διαμονής μέλους οικογένειας πολίτη της Ένωσης.

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.

2. **Φωτοαντίγραφο πτυχίου Ιατρικής Σχολής** Ελληνικού Πανεπιστημίου ή βεβαίωσης από τη γραμματεία του Πανεπιστημίου από την οποία να προκύπτει ότι ο ενδιαφερόμενος έχει καταστεί πτυχιούχος από την 1η.1.2022 και εφεξής, ή φωτοαντίγραφο πτυχίου Πανεπιστημίου κράτους - μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης και της επικύρωσής του (σφραγίδα της Χάγης), το οποίο θα συνοδεύεται από φωτοαντίγραφο της επίσημης μετάφρασης και φωτοαντίγραφο της απόφασης ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ ή ΔΙΚΑΤΣΑ όπου αυτό απαιτείται, από την 1η.1.2022 και εφεξής. Για τις περιπτώσεις πτυχίων από χώρες εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης απαιτείται φωτοαντίγραφο του ξενόγλωσσου πτυχίου με ημερομηνία κτήσης από την 1η.1.2022 και εφεξής, το οποίο θα συνοδεύεται από φωτοαντίγραφο της μετάφρασης και φωτοαντίγραφο της απόφασης ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ ή ΔΙΚΑΤΣΑ.

3. **Φωτοαντίγραφο άδειας** ή βεβαίωσης άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.

4. **Πιστοποιητικό ελληνομάθειας επιπέδου B2** για αυτούς που είναι υπήκοοι κρατών-μελών της Ε.Ε ή οι υπήκοοι τρίτων χωρών που έχουν τα δικαιώματα των κοινοτικών πολιτών πρέπει να υποβάλλουν από το Κέντρο Ελληνικής Γλώσσας του Υπουργείου Παιδείας Έρευνας και Θρησκευμάτων, ή από το Διδασκαλείο Νέας Ελληνικής Γλώσσας του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, ή από το Σχολείο Νέας Ελληνικής Γλώσσας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης. Το ανωτέρω πιστοποιητικό δεν απαιτείται για όσους είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην Ελλάδα, ή απόφοιτοι Ελληνικού Πανεπιστημίου, ή διαθέτουν απόφαση ισοτιμίας και αντιστοιχίας του πτυχίου τους από τον ΔΟΑΤΑΠ (ΔΙΚΑΤΣΑ) μετά από εξετάσεις.

5. **Υπεύθυνη Δήλωση** (άρθρο 8 Ν.1599/1986) **Υπόδειγμα Υπεύθυνης Δήλωσης I**

6. **Υπεύθυνη Δήλωση** (άρθρο 8 Ν.1599/1986) **Υπόδειγμα Υπεύθυνης Δήλωσης II**

Ημερομηνία

.....

Ο/Η Αιτών/ούσα