|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ –ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΙΔΙΩΤΗ ΣΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΕΞΑΡΣΗΣ ΤΟΥ ΚΟΡΩΝΟΪΟΥ COVID-19** | |
|  | **ΠΡΟΣ** |
|  | **6η……Υγειονομική Περιφέρεια** |
| ΟΝΟΜΑ |  |
| ΕΠΙΘΕΤΟ | Διατίθεμαι να απασχοληθώ, στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας σύμφωνα με τις διατάξεις του δεύτερου άρθρου της από 25.02.2020 Πράξης Νομοθετικού περιεχομένου, όπως αυτή συμπληρώθηκε και τροποποιήθηκε με τα άρθρα του Ν.4753/2020 και τα άρθρο 19 του 4790/2021.  ως ιδιώτης ιατρός:  **προτιμήσεις:**  **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ/ΚΥ (δηλώνεται νομός/οι ή και συγκεκριμένος Φορέας/εις)** |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ |
| ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ |
| ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ |
|  |
| ΑΔΤ ή ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ |
|  |
|  |
| ΚΑΤΟΙΚΟΣ |  |
|  |
| ΑΦΜ |
| **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 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. □  3.Φωτοαντίγραφο άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος στη χώρα μας. □  4. Άδεια χρήσης τίτλου ιατρικής ειδικότητας στη χώρα μας □  5. Βεβαίωση εγγραφής σε Ιατρικό Σύλλογο του τρέχοντος έτους της αίτησης. □  6.Βεβαίωση γνώσης της Ελληνικής γλώσσας (Δγ/10424/31-3-93 ΦΕΚ 263Β) Υπουργική Απόφαση) □  7. Πιστοποιητικό Εξειδίκευσης σε ΜΕΘ/ΜΕΝΝ. □ |
| ΟΔΟΣ- ΑΡΙΘΜΟΣ |
| ΤΚ |
| ΤΗΛ |
| ΚΙΝ. ΤΗΛ. |
| ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ |
|  |
|  |
| Οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να σημειώνουν με **🗸** ή **Χ** τα δικαιολογητικά που καταθέτουν από την διπλανή λίστα με ευθύνη τους.  ΣΥΝΝΗΜΜΕΝΑ: ……. Δικαιολογητικά  (Συμπληρώνεται ο αριθμός των δικαιολογητικών που υποβάλλονται) |
|  | Ημερομηνία  …………………………………….  Ο/Η Αιτών/ούσα |