

ΑΙΤΗΣΗ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ	
	ΠΡΟΣ 2^η Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς & Αργαίου
ΟΝΟΜΑ	
ΕΠΙΘΕΤΟ	Παρακαλώ να με συμπεριλάβετε στον κατάλογο επικουρικών ιατρών που τηρείται ηλεκτρονικά στηνΥΠΕ
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ	σύμφωνα με τις διατάξεις του του άρθρου 100 του ν.4368/2016 (ΦΕ/Α' 21).
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ	Επισυναπτόμενα δικαιολογητικά:
ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ	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"/>
ΑΔΤ ή ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ	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"/>
ΚΑΤΟΙΚΟΣ	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"/>
ΟΔΟΣ- ΑΡΙΘΜΟΣ	
ΤΚ	
ΤΗΛ	
ΚΙΝ. ΤΗΛ	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"/>
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	
ΗΜ/ΝΙΑ ΚΤΗΣΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ:	
ΗΜ/ΝΙΑ ΑΔΕΙΑΣ Ή ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ:	3. Φωτοαντίγραφο άδειας ή βεβαίωσης άδειας άσκησης ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος στη χώρα μας. <input type="checkbox"/>
	4. Άδεια χρήσης τίτλου ιατρικής ειδικότητας στη χώρα μας πουύ κατά την ημερομηνία υποβολής της, <u>δεν έχει παρέλθει δεκαετία από την ημερομηνία έκδοσης της άδειας.</u> <input type="checkbox"/>
Οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να σημειώνουν με ✓ ή Χ τα δικαιολογητικά που καταθέτουν από την διπλανή λίστα με ευθύνη τους.	5. Βεβαίωση εγγραφής σε Ιατρικό Σύλλογο από την οποία να προκύπτει η ασκούμενη κατά την τελευταία πενταετία ειδικότητα. <input type="checkbox"/>
ΣΥΝΝΗΜΜΕΝΑ: Δικαιολογητικά	6. Υπεύθυνη Δήλωση (άρθρο 8 Ν.1599/1986) Υπόδειγμα Υπεύθυνης Δήλωσης I ή II <input type="checkbox"/>
(Συμπληρώνεται ο αριθμός των δικαιολογητικών που υποβάλλονται)	7. Υπεύθυνη Δήλωση προτίμησης (άρθρο 8 Ν.1599/1986) Υπόδειγμα Υπεύθυνης Δήλωσης III <input type="checkbox"/>
	8. Βεβαίωση γνώσης της Ελληνικής γλώσσας (Δγ/10424/31-3-93 ΦΕΚ 263Β) Υπουργική Απόφαση) <input type="checkbox"/>
	9. Πιστοποιητικό Εξειδίκευσης ή Βεβαίωση προϋπηρεσίας. <input type="checkbox"/>
	10. Ιατρική Γνωμάτευση ή γνωμάτευση ΚΕΠΑ <input type="checkbox"/>
	Ημερομηνία

	Ο/Η Αιτών/ούσα



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: .../.../2016

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:	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 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.

(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.