|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ ΓΙΑ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΔΟΜΩΝ ΥΠΕ**  **ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΚΑΛΥΨΗΣ ΕΚΤΑΚΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ**  **σύμφωνα με το άρ. 20 του Ν.5015/2023 ( Α 20 ), όπως τροποποιήθηκε με το άρ. 63 του ν. 5129/2024** | |
|  | **ΠΡΟΣ:** |
|  | **…………. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (ΥΠΕ ΦΟΡΕΑ ΥΠΟΔΟΧΗΣ)**  **ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:**  **…………. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (ΥΠΕ ΦΟΡΕΑ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ)** |
| ΟΝΟΜΑ: | α. Προτιμώμενη Δομή Υγείας μετακίνησης  (σύμφωνα με τις εγκεκριμένες ανάγκες ΥΠΕ του αναρτημένου Πίνακα):  ……………………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………………..  β. Προτιμώμενη χρονική περίοδος μετακίνησης  (σημείωση : **ΔΕΝ** δύναται να υπερβαίνει τον έναν (1) μήνα):  ……………………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………….  Ημερομηνία  ……………………………………….  Ο/Η Αιτών/ούσα |
| ΕΠΙΘΕΤΟ: |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: |
| ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ/ΒΑΘΜΙΔΑ  (ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ): |
| ΣΧΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ  (ΜΟΝΙΜΟ/ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟ): |
| ΦΟΡΕΑΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ: |
| ΤΗΛ./ΚΙΝ. ΤΗΛ.: |
| Ε-ΜΑΙL: |