|  |
| --- |
| **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: |