

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

	<p><u>ΠΡΟΣ:</u></p> <p>..... ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (ΥΠΕ ΦΟΡΕΑ ΥΠΟΔΟΧΗΣ)</p> <p><u>ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:</u></p> <p>..... ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (ΥΠΕ ΦΟΡΕΑ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ)</p>
ΟΝΟΜΑ:	α. <u>Προτιμώμενη Δομή Υγείας μετακίνησης</u>
ΕΠΙΘΕΤΟ:	<u>(σύμφωνα με τις εγκεκριμένες ανάγκες ΥΠΕ του αναρτημένου Πίνακα):</u>
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ/ΒΑΘΜΙΔΑ (ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ): β. <u>Προτιμώμενη χρονική περίοδος μετακίνησης</u> <u>(σημείωση : ΔΕΝ δύναται να υπερβαίνει τον έναν (1) μήνα):</u>
ΣΧΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ (ΜΟΝΙΜΟ/ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟ):
ΦΟΡΕΑΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ:
ΤΗΛ./ΚΙΝ. ΤΗΛ.:	Ημερομηνία
E-MAIL:	Ο/Η Αιτών/ούσα