**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

** ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΜΕΣΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ**

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ**

|  |
| --- |
| **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:**  **ΑΡ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ:**    **ΠΡΟΣ: Δ/ΝΣΗ ΕΚΑΒ HΡΑΚΛΕΙΟΥ**  **Ε-mail:** [protokollo.irakleio@ekab.gr](mailto:protokollo.irakleio@ekab.gr) |

**ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ - ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΤΟ 27ο ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΤΗΝ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΠΡΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ, ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ 2022-23**

Παρακαλώ να εγκρίνετε τη συμμετοχή μου ως εκπαιδευόμενο/η στο 27ο Μετεκπαιδευτικό πρόγραμμα

στην Επείγουσα Προνοσοκομειακή Ιατρική, που υλοποιεί το ΕΚΑΒ.

**1. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ……………………………………………………………………………………………………………………………

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ……………………………………………ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ……………………………………………

ΑΡΙΘΜΟΣ. ΔΕΛΤ. ΑΣΤ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ…………………………………………………………………………………………………….

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ ………..………………………….……..ΚΙΝΗΤΟ………………………………………..…………………………

e-mail………………………………………………………………………………………………………………….…………………………….

**2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ**

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΠΟΚΤΗΣΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ…………………………..…………………….……..

**3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΥ ΙΑΤΡΟΥ**

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ………………………………………………..ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΨΗΣ ΤΙΤΛΟΥ…………….………………………

**4. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΥ ΙΑΤΡΟΥ**

**ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ**…………………………………………………………………………………….…………

* **ΧΡΟΝΟΣ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ ΜΕΧΡΙ ΣΗΜΕΡΑ:**

ΕΤΗ…………….ΜΗΝΕΣ…………ΗΜΕΡΕΣ…………

* **ΥΠΟΛΟΙΠΟ ΧΡΟΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΤΗΣΗ ΤΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ :**

ΕΤΗ………………ΜΗΝΕΣ…………ΗΜΕΡΕΣ…………

* **ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΠΟΥ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΤΙΤΛΟΥ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ**: …………………..ΕΤΗ

**ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΣΤΑ ΟΠΟΙΑ ΕΧΕΤΕ ΑΣΚΗΘΕΙ ΜΕΧΡΙ ΣΗΜΕΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ:**

1. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:……………………………………….…………………………..ΕΤΗ/ΜΗΝΕΣ………………………….…..

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:…………………………………………………e-mail: ……………………………………………………………..……

1. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:…………………………………………….…………….………..ΕΤΗ/ΜΗΝΕΣ……………………….......

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:……………………………………………….. e-mail:……………………………………………………………….….

Γ) ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:…………………………………………….………………………. ΕΤΗ/ΜΗΝΕΣ …………………….…..….

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:……………………………………………….. e-mail:…………………………………………………………………..

Δ) ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:…………………………………………….…………………………ΕΤΗ/ΜΗΝΕΣ ……………………………

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:………………………………………………... e-mail:………………………………………………………………….

Βεβαιώσεις προϋπηρεσίας θα αναζητηθούν αυτεπάγγελτα από την υπηρεσία μας σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 5 του Ν. 3242/2004 (ΦΕΚ 102 Α΄)

**5. ΦΟΡΕΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ…………………………………………………………………………………………………………………….…….………

ΤΜΗΜΑ…………………………………………………………………………………………………………………………….………..…...

ΤΗΛΕΦΩΝΟ……………………………………………….………e-mail ……………………………………..…………………………..

**6.ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ ΣΤΟ ΕΚΑΒ ΣΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΠΡΟΝΟΣΟΚ. ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

* ΠΛΗΡΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΕΤΗ……………ΜΗΝΕΣ………
* ΜΕΡΙΚΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΕΤΗ……………ΜΗΝΕΣ………
* ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΚΙΝΗΤΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ  **ΝΑΙ ΟΧΙ**
* ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΑΕΡΟΔΙΑΚΟΜΙΔΕΣ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ **ΝΑΙ ΟΧΙ**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

Δηλώνω ότι τα στοιχεία της αίτησής μου είναι ακριβή και αληθή. Σε περίπτωση ανακρίβειας γνωρίζω ότι

θα έχω τις συνέπειες που προβλέπονται από τις διατάξεις του Ν. **1599/1986**.

Έλαβα γνώση των κριτηρίων επιλογής καθώς και της ημερομηνίας και ώρας συνέντευξης.

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΟΓΡΑΦΗ**

**………/....... /2022 ……………………………………………………….**

**--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

Τέρμα οδού Υγείας & Μεσογείων – Αθήνα (Σταθμός Μετρό Εθνική Άμυνα) – Τ.Κ. 11527

2132143000 – Fax: 2132143222

|  |  |
| --- | --- |
| ΦΥΛΛΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΟΜΕΝΟΥ/ΗΣ (27ου  ΕΠΙ ) | |
| ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΥΠΟΨΗΦΙΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΟΜΕΝΟ/Η | ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ |
| **ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ**: | ΜΟΡΙΑ |
| **ΗΛΙΚΙΑ: …………ΕΤΩΝ** |  |
| **ΠΤΥΧΙΟ**  **ΕΤΟΣ ΚΤΗΣΗΣ:…………………………………………………………………**  **ΧΩΡΑ:……………………………………………………………………………..** |  |
| **ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ**  **ΕΤΟΣ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ: ...………………………………………………………..**  **ΦΟΡΕΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:………………………………………………………….** |  |
| **ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ**  **ΕΤΗ ΑΣΚΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ: …………………………………….**  **ΦΟΡΕΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:…………………………………………………………..** |  |
| **ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ ΕΚΑΒ: ΝΑΙ ΟΧΙ** |  |
| ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ: **ATLS :** ΝΑΙ ΟΧΙ  **APLS**: ΝΑΙ ΟΧΙ  **BLS:** ΝΑΙ ΟΧΙ  **PHTLS** : ΝΑΙ ΟΧΙ  …………………………………  …………………………………  ……………………………….. |  |
| **ΑΛΛΟ:** | ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: ………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………… |