

ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**ΠΡΟΣ**

**Υπ. Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΟΥΣ 17, 10187 ΑΘΗΝΑ
Δ/ση Προσωπικού Νομικών Προσώπων
ΤΜΗΜΑ Α'**

ΟΝΟΜΑ

ΕΠΙΘΕΤΟ

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ

ΑΔΤ ή ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ

ΑΦΜ

ΔΟΥ

ΚΑΤΟΙΚΟΣ

ΟΔΟΣ- ΑΡΙΘΜΟΣ

ΤΚ

ΤΗΛ

ΚΙΝ. ΤΗΛ.

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

ΗΜ/ΝΙΑ ΚΤΗΣΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ

(Για τους οδοντίατρους ημερομηνία απόκτησης πτυχίου)

Παρακαλώ να με συμπεριλάβετε στον κατάλογο επικουρικών ιατρών για την κάλυψη επιτακτικών αναγκών, που καταρτίζεται στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (άρθρο 11 παρ. 22 του Ν.2889/01, άρθρο 15 παρ. 2 του Ν. 2920/01, άρθρο 10 παρ. 1 του Ν.3329/05, άρθρο 21 παρ. 2 του Ν.3580/07, άρθρο 6 παρ.4 του Ν.3627/07)

Δεσμεύομαι να απασχοληθώ για χρονικό διάστημα 12 μηνών με πλήρη και αποκλειστική απασχόληση για την τρέχουσα περίοδο του έτους.

Προτίμηση: (ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΤΟ Α Ή ΤΟ Β)

A. Επιθυμώ να τοποθετηθώ:

ΑΤΤΙΚΗ ☐

(ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΕΚΕΙΝΟΥΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΠΛΗΡΗ ΘΗΤΕΙΑ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ)

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ ☐

(ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΕΚΕΙΝΟΥΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΠΛΗΡΗ ΘΗΤΕΙΑ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ)

Ή

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ☐

B. Επιθυμώ να τοποθετηθώ κατ' εξαίρεση σύμφωνα με το άρθρο 6, παρ. 4 του Ν.3627/07,

ΜΟΝΟ:ΑΤΤΙΚΗ ☐ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ ☐

Η προτίμηση μου δεν είναι δεσμευτική για την Υπηρεσία διότι προέχει η κάλυψη των αναγκών του τομέα υγείας.

Εάν πρόκειται για αλλοδαπό τίτλο αριθμός αναγνώρισης ΔΟΑΤΑΠ

ΑΝΕΡΓΟΣ

Αν ναι, ημερομηνία εγγραφής στον ΟΑΕΔ

ΙΔΙΩΤΗΣ

Αν ναι, τόπος εργασίας

ΔΗΛΩΝΩ ΥΠΕΥΘΥΝΑ ΟΤΙ ΔΕΝ ΚΑΤΕΧΩ ΑΛΛΗ ΕΜΜΙΣΘΗ Ή ΑΜΙΣΘΗ ΘΕΣΗ ΟΠΟΥΔΗΠΟΤΕ ΣΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΟΜΕΑ ΚΑΙ ΔΕΝ ΕΧΩ ΠΑΡΑΙΤΗΘΕΙ ΑΠΟ ΘΕΣΗ ΚΛΑΔΟΥ ΙΑΤΡΩΝ Ε.Σ.Υ.

Σε περίπτωση διαγραφής μου από τους πίνακες ανεργίας του Ο.Α.Ε.Δ., υποχρεούμαι να προσκομίσω υπεύθυνη δήλωση ή βεβαίωση διαγραφής από τον Ο.Α.Ε.Δ.

Επισυναπτόμενα δικαιολογητικά:

1)Επικυρωμένη φωτοτυπία της ταυτότητας ή του διαβατηρίου ☐

2)Πιστοποιητικό εγγραφής σε Ιατρικό Σύλλογο ☐

3)Βεβαίωση εγγραφής στον Ο.Α.Ε.Δ ή κάρτα ανεργίας ☐

Η ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΖΗΤΗΣΕΙ ΝΕΑ ΒΕΒΑΙΩΣΗ

4)Επικυρωμένη φωτοτυπία του τίτλου ειδικότητας ☐

5)Βεβαίωση προϋπηρεσίας από την οποία να προκύπτει πλήρης θητεία σε θέση επικουρικού ιατρού ☐

Έχετε προσληφθεί παλαιότερα ως επικουρικός;

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Εάν ναι και δεν έχετε παραιτηθεί δηλώστε το:

1. Νοσοκομείο.....από.....ως.....

2. Νοσοκομείο.....από.....ως.....

3. Νοσοκομείο.....από.....ως.....

Εάν ναι και έχετε παραιτηθεί δηλώστε το:

α)

β)

γ)

... ΔΗΛ