

ΑΙΤΗΣΗ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ

	ΠΡΟΣΥγειονομική Περιφέρεια
ΟΝΟΜΑ	
ΕΠΙΘΕΤΟ	Παρακαλώ να με συμπεριλάβετε στον κατάλογο επικουρικών ιατρών που τηρείται ηλεκτρονικά στηνΥΠΕ σύμφωνα με τις διατάξεις του του άρθρου 100 του ν.4368/2016 (ΦΕ/Α' 21).
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ	Επισυναπτόμενα δικαιολογητικά: 1. Φωτοτυπία της ταυτότητας ή του διαβατηρίου από το οποίο θα προκύπτει ότι ο κάτοχος είναι Έλληνας υπήκοος ή υπήκοος χώρας μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης <input type="checkbox"/> Οι σύζυγοι Ελλήνων υπηκόων ή υπηκόων κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, θα υποβάλλουν φωτοαντίγραφο δελτίου μόνιμης διαμονής μέλους οικογένειας πολίτη της Ένωσης. <input type="checkbox"/> Οι υπήκοοι τρίτων χωρών θα υποβάλλουν φωτοαντίγραφο του δελτίου παραμονής επί μακρόν ή φωτοαντίγραφο μπλε κάρτας της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή φωτοαντίγραφο δελτίου άδειας παραμονής ομογενούς ή φωτοαντίγραφο δελτίου παραμονής δεύτερης γενιάς. <input type="checkbox"/> 2. Φωτοαντίγραφο πτυχίου Ελληνικού Πανεπιστημίου ή Πανεπιστημίου κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης το οποίο θα συνοδεύεται από φωτοαντίγραφο της μετάφρασης και φωτοαντίγραφο της ισοτιμίας ΔΟΑΤΑΠ όπου αυτό απαιτείται ή πτυχίου χώρας εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης το οποίο θα συνοδεύεται από φωτοαντίγραφο της μετάφρασης και φωτοαντίγραφο της ισοτιμίας ΔΟΑΤΑΠ. <input type="checkbox"/> 3. Φωτοαντίγραφο άδειας ή βεβαίωσης άδειας άσκησης ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος στη χώρα μας. <input type="checkbox"/> 4. Άδεια χρήσης τίτλου ιατρικής ειδικότητας στη χώρα μας που κατά την ημερομηνία υποβολής της, <u>δεν έχει παρέλθει δεκαετία από την ημερομηνία έκδοσης της άδειας.</u> <input type="checkbox"/> 5. Βεβαίωση εγγραφής σε Ιατρικό Σύλλογο από την οποία να προκύπτει η ασκούμενη κατά την τελευταία πενταετία ειδικότητα. <input type="checkbox"/> 6. Υπεύθυνη Δήλωση (άρθρο 8 Ν.1599/1986) Υπόδειγμα Υπεύθυνης Δήλωσης I ή II <input type="checkbox"/> 7. Υπεύθυνη Δήλωση προτίμησης (άρθρο 8 Ν.1599/1986) Υπόδειγμα Υπεύθυνης Δήλωσης III <input type="checkbox"/> 8. Βεβαίωση γνώσης της Ελληνικής γλώσσας (Δγ/10424/31-3-93 ΦΕΚ 263B) Υπουργική Απόφαση) <input type="checkbox"/> 9. Πιστοποιητικό Εξειδίκευσης ή Βεβαίωση προϋπηρεσίας. <input type="checkbox"/> 10. Ιατρική Γνωμάτευση ή γνωμάτευση ΚΕΠΑ <input type="checkbox"/>
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ	
ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ	
ΑΔΤ ή ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ	
ΚΑΤΟΙΚΟΣ	
ΟΔΟΣ- ΑΡΙΘΜΟΣ	
ΤΚ	
ΤΗΛ	
ΚΙΝ. ΤΗΛ.	
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	
ΗΜ/ΝΙΑ ΚΤΗΣΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ:	
ΗΜ/ΝΙΑ ΑΔΕΙΑΣ Ή ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ:	
Οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να σημειώνουν με ✓ ή X τα δικαιολογητικά που καταθέτουν από την διπλανή λίστα με ευθύνη τους. ΣΥΝΝΗΜΜΕΝΑ: Δικαιολογητικά (Συμπληρώνεται ο αριθμός των δικαιολογητικών που υποβάλλονται)	
	Ημερομηνία Ο/Η Αιτών/ούσα



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :	ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ					
Ο – Η Όνομα:	Επώνυμο:					
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:						
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:						
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :						
Τόπος Γέννησης:						
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:		
Τόπος Κατοικίας:		Οδός		Αριθ:		ΤΚ:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):		

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

ΕΠΙΘΥΜΩ ΝΑ ΤΟΠΟΘΕΤΗΘΩ ΩΣ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ:

1)ΝΟΜΟΣ

2)ΝΟΜΟΣ

(4)

Ημερομηνία: .../.../201

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ						
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός			Αριθ:	ΤΚ:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Δεν έχω αποποιηθεί διορισμό σε θέση ιατρού ΕΣΥ, δεν έχω παραιτηθεί από θέση ιατρού ΕΣΥ, δεν έχω παραιτηθεί ή αποποιηθεί την επιλογή μου σε θέση επικουρικού ιατρού και δεν κατέχω καμία άλλη έμμισθη θέση στο στενό ή στον ευρύτερο δημόσιο τομέα. Επίσης, δεν έχω καταθέσει αίτηση εγγραφής σε άλλη Υγειονομική Περιφέρεια ή στον κατάλογο που τηρείται στο Υπουργείο Υγείας για το Ε.Κ.Α.Β.

Ημερομηνία: .../.../2015

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ								
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:					
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:									
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:									
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :									
Τόπος Γέννησης:									
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:					
Τόπος Κατοικίας:			Οδός			Αριθ:		TK:	
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):					

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Δεν έχω αποποιηθεί διορισμό σε θέση ιατρού ΕΣΥ, δεν έχω παραιτηθεί από θέση β ιατρού ΕΣΥ, δεν έχω παραιτηθεί ή αποποιηθεί την επιλογή μου σε θέση επικουρικού ιατρού και κατέχω θέση σε παράταση ειδικότητας. Επίσης, δεν έχω καταθέσει αίτηση εγγραφής σε άλλη Υγειονομική Περιφέρεια ή στον κατάλογο που τηρείται στο Υπουργείο Υγείας για το Ε.Κ.Α.Β.

Ημερομηνία: .../...../ 201

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ						
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός			Αριθ:	TK:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Δεν έχω αποπονηθεί διορισμό σε θέση ιατρού ΕΣΥ, δεν έχω παραιτηθεί από θέση ιατρού ΕΣΥ, δεν έχω παραιτηθεί και έχω αποπονηθεί μία (1) φορά την επιλογή μου σε θέση επικουρικού ιατρού και δεν κατέχω καμία άλλη έμμισθη θέση στο στενό ή στον ευρύτερο δημόσιο τομέα. Επίσης, δεν έχω καταθέσει αίτηση εγγραφής σε άλλη Υγειονομική Περιφέρεια ή στον κατάλογο που τηρείται στο Υπουργείο Υγείας για το Ε.Κ.Α.Β.

Ημερομηνία: .../.../ 201

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών
(άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :							
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:			Τηλ:				
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	ΤΚ:
Αρ. Τηλεμοιαιτύπου (Fax):			Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):				

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις⁽³⁾, που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Συαινώ στην ανάρτηση των προσωπικών μου στοιχείων και συγκεκριμένα Όνομα και Επώνυμο στον κατάλογο επικουρικών ιατρών που αναρτάται στην ιστοσελίδα της 7^{ης} Υ.Πε Κρήτης.

(4)

Ημερομηνία: 20

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.