ΑΙΤΗΣΗ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ

Βάσει του εικοστού άρθρου του Ν.5015/2023 ΦΕΚ 20/Α/2-2-2023

ΠΡΟΣ

7η Υγειονομική Περιφέρεια **(ΦΟΡΕΑΣ ΥΠΟΔΟΧΗΣ):**

ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΠΡΟΣ:

metakiniseis@hc-crete.gr

ΟΝΟΜΑ:

ΕΠΙΘΕΤΟ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

ΑΔΤ ή ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:

ΚΑΤΟΙΚΟΣ

ΟΔΟΣ- ΑΡΙΘΜΟΣ

ΤΚ

ΤΗΛ

ΚΙΝ. ΤΗΛ.
E-MAIL:

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ -ΒΑΘΜΟΣ:

ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ:

Παρακαλώ να με συμπεριλάβατε στον κατάλογο μετακινούμενου επικουρικού ιατρικού προσωπικού βάσει του εικοστού άρθρου του Ν.5015/2023, λόγω έκτακτων υπηρεσιακών αναγκών, ο οποίος τηρείται ηλεκτρονικά **στην 7η ΥΠΕ**

ΠΡΟΤΙΜΗΣΕΙΣ: (δίνεται δυνατότητα να δηλωθούν από έναν έως τρεις φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας της 7ης ΥΠΕ)

1 ……, για το χρονικό διάστημα από:……έως……..(όχι μεγαλύτερο του ενός (1) μήνα και όχι πέραν τις 31/12/2024)

2. ……, για το χρονικό διάστημα από:……έως…… (όχι μεγαλύτερο του ενός (1) μήνα και όχι πέραν τις 31/12/2024)

3. ……, για το χρονικό διάστημα από:……έως……..(όχι μεγαλύτερο του ενός (1) μήνα και όχι πέραν τις 31/12/2024)

Ημερομηνία

……

Ο/Η Αιτών/ούσα