Αριθμός Πρωτοκόλλου:

Ημερομηνία:



*7η ΥΠΕ ΚΡΗΤΗΣ 2024 - 2025*

ΑΙΤΗΣΗ-ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

ΓΙΑ ΑΝΑΝΕΩΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟ ΜΗΤΡΩΟ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ

**(άρθρο 8 Ν.1599/1986) *ΒΒ ( (σελ. 1 )***

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): | **Διοίκηση 7ης ΥΠε ΚΡΗΤΗΣ** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ:** |  | | | | | | | **ΌΝΟΜΑ:** | |  | | | | | | |
| Όνομα και Επώνυμο Πατέρα: | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Όνομα και Επώνυμο Μητέρας: | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Όνομα και Επώνυμο Συζύγου: | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Ημερομηνία γέννησης: | | | | | | | | | Τόπος Γέννησης: | | | | | | | |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας ή Διαβατηρίου: | | | | | | | | | Ημερομηνία έκδοσης ταυτότητας: | | | | | | | |
| Υπηκοότητα: | | | | ΑΦΜ: | | | | | | | ΑΜΚΑ: | | | | | |
| Τόπος Κατοικίας: | |  | | | | Οδός: |  | | | | | | Αριθ: |  | ΤΚ: |  |
| **Τηλέφ.:** | | | | | **Κινητό:** | | | | | | |  | **(Ε-mail):** | | | |

Με την παρούσα, παρακαλώ όπως ανανεώσετε την εγγραφή μου στο Μητρώο Αποκλειστικών Νοσοκόμων που θα καταρτισθεί στην **7η ΥΠε Κρήτης** για το **2025**, προκειμένου να παράσχω τις υπηρεσίες μου στα Νοσοκομεία ΕΣΥ και τις Ιδιωτικές Κλινικές που εμπίπτουν στην αρμοδιότητά σας, υποβάλλοντας συνημμένα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά (πρωτότυπα ή αντίγραφα αυτών) και δηλώνοντας με ατομική μου ευθύνη γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, ότι:

1. για την ακρίβεια των στοιχείων που καταθέτω καθώς και των δικαιολογητικών που προσκομίζω ότι είναι αληθή κατά το περιεχόμενό τους και γνήσια αντίγραφα εκ των πρωτοτύπων(τίτλοι σπουδών κ.λ.π) για των οποίων την επιβεβαίωση της γνησιότητας – όποτε και αν η υπηρεσία σας κρίνει-δίνω την συγκατάθεσή μου και αποδέχομαι την πραγματοποίηση οποιουδήποτε ελέγχου.
2. τα έγγραφα τα οποία ήδη έχω υποβάλλει στις προηγούμενες αιτήσεις μου, δεν έχουν μεταβληθεί εκτός από αυτά που καταθέτω με την συμπληρωματική αυτή αίτησή μου.
3. γνωρίζω ότι, εάν από καταγγελία ή αυτεπάγγελτο έλεγχο ή από οποιονδήποτε έλεγχο των αποδεικτικών στοιχείων προκύψει οποιαδήποτε διαφορά ή ανακρίβεια με όσα δηλώνω στην υπεύθυνη δήλωση, τότε θα διαγραφώ από το Μητρώο των Αποκλειστικών και θα υποστώ τις προβλεπόμενες ποινικές κυρώσεις σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 1599/1986.
4. Για κάθε τυχόν μεταβολή των στοιχείων τα οποία κατέθεσα, γνωρίζω ότι οφείλω να προβώ σε γραπτή ενημέρωσή σας άμεσα(π.χ. Οικογενειακή κατάσταση, ανανέωση Διαβατηρίου, άδειας παραμονής, κ.α).
5. Δεν έχω καταδικασθεί αμετάκλητα για οποιαδήποτε κακούργημα και σε οποιαδήποτε ποινή για τα αδικήματα της κλοπής, υπεξαίρεσης απάτης, εκβίασης, πλαστογραφίας, παραχάραξης ή κιβδηλείας δωροδοκίας καταπίεσης, συκοφαντικής δυσφήμησης, αρπαγής προσώπου, καθώς και για οποιαδήποτε έγκλημα κατά της γενετήσιας ζωής ή της νομοθεσίας περί ναρκωτικών, όπλων και πυρομαχικών καθώς και ότι δεν έχω παραπεμφθεί αμετάκλητα για κακούργημα ή οποιαδήποτε πλημμέλημα των ανωτέρω περιπτώσεων.

Η σειρά προτίμησής μου **(συμπληρώνονται υποχρεωτικά και οι τρείς επιλογές),** είναι:

**1.ΔΗΜOΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**:…………… ………………………………………………………………………….…………………………………………………………………...….

**2**.**ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Α:**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**3**.**ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Β:** …………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………...

Ημερομηνία: …. … /………../ 2024

**Ο / Η Δηλών / ούσα ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ**



***( Β σελ. 2) 7η ΥΠε ΚΡΗΤΗΣ*** *ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ* ***2024– 2025***

Α. ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ:

|  |  |
| --- | --- |
| ΑΓΑΜΟΣ / Η |  |
| ΕΓΓΑΜΟΣ / Η |  |
| ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ / Η |  |
| ΧΗΡΟΣ / Α – ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ |  |

***(ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΜΕ Χ)***

|  |  |
| --- | --- |
| ΠΟΛΥΤΕΚΝΟΣ |  |
| ΤΕΚΝΟ ΠΟΛΥΤΕΚΝΩΝ |  |
| ΓΟΝΕΑΣ ΜΟΝΟΓΟΝΕΙΚΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ |  |
| ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΕΚΝΩΝ |  |
| ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 0-299 |  |
| 300-599 |  |
| 600-899 |  |
| 900-1199 |  |
| 1200-1499 |  |
| 1500-1799 |  |
| 1800-2099 |  |
| 2100-2399 |  |
| 2400-2699 |  |
| 2700-2999 |  |
| 3000-3299 |  |
| 3300-3599 |  |
| 3600-3899 |  |
| 3900-4199 |  |
| 4200-4499 |  |
| 4500 και άνω |  |

***Β. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ***: ***Γ.*** ***ΕΜΠΕΙΡΙΑ***

***ΜΟΝΟ ΓΙΑ***

|  |  |
| --- | --- |
| 0,00 € ΕΩΣ 6.900,00€ |  |
| 6.900,01€ ΕΩΣ 12.000,00€ |  |
| 12.000,01 € ΕΩΣ 16.000,00€ |  |
| 16.000,01€ ΕΩΣ 22.000,00€ |  |
| 22.000,01€ ΚΑΙ ΑΝΩ |  |

***ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ***

Οικογενειακό

Εισόδημα

Ένσημα ΙΚΑ

………………….../……/……2024 Ο / Η ΔΗΛΩΝ-ΟΥΣΑ

*(Τοποθεσία)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Α/Α*** | ***ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ*** | ***Χ*** |
| 1. | Εκκαθαριστικό σημείωμα προηγούμενου οικονομικού έτους**. (2024) – ΧΡΗΣΗ 2023** |  |
| 2. | Βεβαίωση (για την απόδειξη εμπειρίας) ενσήμων από τον ΕΦΚΑ από όπου προκύπτουν οι ημέρες του απασχολούμενου/ης με αντικείμενο εργασίας αυτό και μόνο του αποκλειστικού/ης. (βάσει της ΑΔΑ: ΒΕΖΓ4691ΩΓ-ΧΘΛ).(Εκδίδεται **βεβαίωση προϋπηρεσίας** από τον ΕΦΚΑ ηλεκτρονικά με taxis net) |  |
| 3. | Φωτοτυπία της **ανανέωσης του βιβλιαρίου ΙΚΑ** για το νέο έτος **(2025)** καθώς και  της αντίστοιχης σελίδας με τα προσωπικά στοιχεία. |  |
| 4. | Οποιοδήποτε πιστοποιητικό ή δικαιολογητικό **η ισχύς του οποίου έχει λήξει ή έχει διαφοροποιηθεί** (π.χ πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης, άδεια παραμονής, Διαβατήριο, ταυτότητα, κ.ά) |  |
| 5. | **Δύο (2) πρόσφατες** έγχρωμες φωτογραφίες **τύπου** αστυνομικής ταυτότητας. |  |
| 6. | Αντίγραφο Ποινικού Μητρώου (εκδίδεται ηλεκτρονικά με κωδικούς taxis net) |  |

***Τα παραπάνω δικαιολογητικά να αποσταλούν όλα μαζί στην υπηρεσία.***

***Αιτήσεις με ελλιπή δικαιολογητικά δεν θα γίνονται δεκτές.***

**Ε Λ Ε Γ Χ Ο Σ: ………………..………… ΗΜ. ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΤΟ ΗΛΕΚΤΡ. ΑΡΧΕΙΟ:…………………………**