

ΑΙΤΗΣΗ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ ΛΟΙΠΟΥ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

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

	ΠΡΟΣ 7 ^η Υγειονομική Περιφέρεια (ΦΟΡΕΑΣ ΥΠΟΔΟΧΗΣ): ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΣΤΟ: metakiniseis@hc-crete.gr
ΟΝΟΜΑ:	
ΕΠΙΘΕΤΟ:	Παρακαλώ να με συμπεριλάβετε στον κατάλογο μετακινούμενου λοιπού επικουρικού βάσει του εικοστού άρθρου του Ν.5015/2023, λόγω έκτακτων υπηρεσιακών αναγκών, ο οποίος τηρείται ηλεκτρονικά στην 7^η ΥΠΕ
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:	
ΑΔΤ ή ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:	ΦΟΡΕΑΣ: για το χρονικό διάστημα από:..... έως..... (όχι μεγαλύτερο του ενός (1) μήνα και όχι πέραν τις 31/12/2024)
ΚΑΤΟΙΚΟΣ	
ΟΔΟΣ- ΑΡΙΘΜΟΣ	
ΤΚ	
ΤΗΛ	
ΚΙΝ. ΤΗΛ. E-MAIL:	
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ :	
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ:	
	Ημερομηνία Ο/Η Αιτών/ούσα