

ΠΡΟΣ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/Υ.ΠΕ.:
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

ΑΙΤΗΣΗ – ΔΗΛΩΣΗ
ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΩΝ ΙΑΤΡΩΝ Ε.Σ.Υ.

1. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

- 1.1. ΕΠΩΝΥΜΟ:
- 1.2. ΟΝΟΜΑ:
- 1.3. ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:
- 1.4. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ):
- 1.5. ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ (ΧΩΡΑ/ΠΟΛΗ/ΧΩΡΙΟ):
- 1.6. ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:
- 1.7. Α.Φ.Μ.:

2. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:

- ΟΔΟΣ: ΑΡΙΘΜΟΣ:
ΠΟΛΗ/ΧΩΡΙΟ:
Τ.Κ.: ΝΟΜΟΣ: ΧΩΡΑ:
ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ: ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:
Δ/ΝΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ (email):

3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΤΥΧΙΟΥ:

- 3.1. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΤΗΣΗΣ:
- 3.2. ΧΩΡΑ:
- 3.3. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ:

4. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ:

- 4.1. ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ/ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ:
- 4.2. ΑΡΧΗ ΕΚΔΟΣΗΣ:

5. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ:

- 5.1. ΑΣΚΟΥΜΕΝΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:
- 5.2. ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ/ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΨΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ:
 - ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ:
ΕΤΗ: ΜΗΝΕΣ: ΗΜΕΡΕΣ:
 - ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ:
ΕΤΗ: ΜΗΝΕΣ: ΗΜΕΡΕΣ:
 - ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΔΕ ΧΟΡΗΓΕΙΤΑΙ ΤΙΤΛΟΣ:
ΕΤΗ: ΜΗΝΕΣ: ΗΜΕΡΕΣ:
- 5.3. ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΤΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ:
ΕΤΗ: ΜΗΝΕΣ: ΗΜΕΡΕΣ:

6. ΕΚΠΛΗΡΩΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΥΠΑΙΘΡΟΥ:

ΝΑΙ ΟΧΙ

7. ΥΠΗΡΕΤΩ Ή ΥΠΗΡΕΤΗΣΑ ΣΕ ΘΕΣΗ ΚΛΑΔΟΥ ΙΑΤΡΩΝ Ε.Σ.Υ.:

ΝΑΙ ΟΧΙ

7.1. ΕΑΝ ΝΑΙ:

ΤΟΜΕΑΣ: ΤΜΗΜΑ:
ΒΑΘΜΟΣ: ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:
ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ: ΑΠΟ: ΕΩΣ:

7.2. ΥΠΗΡΕΤΟΥΣΑ ΑΛΛΑ ΕΧΩ ΠΑΡΑΙΤΗΘΕΙ:

Έχω παραιτηθεί με την υπ' αριθμ. αίτηση παραίτησης μου από τη θέση του νοσοκομείου προκειμένου να θέσω υποψηφιότητα στην παρούσα

προκήρυξη: Η παραίτησή μου έγινε αποδεκτή με την υπ' αριθμ. απόφαση του Υπουργού (ΦΕΚ) ή για την παραίτησή μου δεν έχει εκδοθεί ακόμα απόφαση παραίτησης και υποχρεούμαι, με την έκδοση του ΦΕΚ της αποδοχής της παραίτησής μου να ενημερώσω σχετικά την υπηρεσία σας πριν την οριστική κρίση από το αρμόδιο Συμβούλιο κρίσεων ιατρών.

8. ΥΠΗΡΕΤΩ Ή ΥΠΗΡΕΤΗΣΑ ΩΣ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ:

ΝΑΙ ΟΧΙ

8.1. ΕΑΝ ΝΑΙ:

ΤΟΜΕΑΣ:

ΤΜΗΜΑ:

ΒΑΘΜΟΣ:

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:

ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ: ΑΠΟ:

ΕΩΣ:

Α. Σας υποβάλλω συνημμένα δικαιολογητικά και παρακαλώ να κριθώ για διορισμό στη θέση ειδικευμένου ιατρού κλάδου Ε.Σ.Υ. για το νοσοκομείο σας, που έχει προκηρυχθεί με την υπ' αριθμ. απόφαση προκήρυξης.

Β. Έχω υποβάλλει αίτηση στις παρακάτω θέσεις ειδικευμένων ιατρών κλάδου Ε.Σ.Υ., για τις οποίες εκκρεμεί η κρίση:

- | | |
|----------------|--------------|
| 1. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: | ΘΕΣΗ/ΒΑΘΜΟΣ: |
| 2. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: | ΘΕΣΗ/ΒΑΘΜΟΣ: |
| 3. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: | ΘΕΣΗ/ΒΑΘΜΟΣ: |
| 4. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: | ΘΕΣΗ/ΒΑΘΜΟΣ: |
| 5. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: | ΘΕΣΗ/ΒΑΘΜΟΣ: |

Γ. Τον συνολικό αριθμό των αιτήσεών μου με στοιχεία Α και Β τοποθετώ στην παρακάτω σειρά προτίμησης για διορισμό:

- | | |
|----------------|--------------|
| 1. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: | ΘΕΣΗ/ΒΑΘΜΟΣ: |
| 2. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: | ΘΕΣΗ/ΒΑΘΜΟΣ: |
| 3. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: | ΘΕΣΗ/ΒΑΘΜΟΣ: |
| 4. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: | ΘΕΣΗ/ΒΑΘΜΟΣ: |
| 5. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: | ΘΕΣΗ/ΒΑΘΜΟΣ: |

Δ. Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα παραπάνω στοιχεία είναι αληθή. Υποχρεώνομαι να προσκομίσω όσα δικαιολογητικά μου ζητηθούν, που να βεβαιώνουν την ακρίβεια όσων δηλώνω.

Ε. Συνημμένο σας υποβάλλω κατάλογο με τα δικαιολογητικά που προσκομίζω αριθμημένα και φυλλομετρημένα.

ΣΤ. Έλαβα γνώση ότι τυχόν ψευδής, ελλιπής ή ανακριβής δήλωση είναι δυνατόν να οδηγήσει στην απόρριψη μου από τη διαδικασία κρίσης και επιλογής ειδικευμένων ιατρών Ε.Σ.Υ.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΙΤΗΣΗΣ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ/ΑΣ

.....

.....

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ

1. Αίτηση – δήλωση
2. Φωτοαντίγραφο πτυχίου
3. Φωτοαντίγραφο απόφασης άδειας άσκησης ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος
4. Φωτοαντίγραφο απόφασης χορήγησης τίτλου ειδικότητας
5. Βεβαίωση Ιατρικού Συλλόγου
6. Πιστοποιητικό γέννησης ή φωτοαντίγραφο του δελτίου αστυνομικής ταυτότητας ή φωτοαντίγραφο διαβατηρίου
7. Βεβαίωση εκπλήρωσης υπηρεσίας υπαίθρου ή βεβαίωση νόμιμης απαλλαγής
8. Υπεύθυνη δήλωση του υποψήφιου για διορισμό ιατρού
9. Βιογραφικό σημείωμα
10. Εργασίες: Αριθμοί και τίτλοι
 - 10.1.
 - 10.2.
 - 10.3.
11. Πιστοποιητικά μετεκπαίδευσης: Αριθμοί και τίτλοι
 - 11.1.
 - 11.2.
 - 11.3.
12. Βεβαιώσεις προϋπηρεσίας
 - 12.1.
 - 12.2.
 - 12.3.
13. Άλλα δικαιολογητικά
 - 13.1.
 - 13.2.
 - 13.3.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ

.....