

ΔΙΕΥΞΗΝΣΗ - ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΙΔΙΩΤΗ ΣΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΕΞΑΡΣΗΣ
ΤΟΥ ΚΟΡΩΝΟΪΟΥ COVID-19

ΠΡΟΣ

6η.....Υγειονομική Περιφέρεια

ΟΝΟΜΑ

ΕΠΙΘΕΤΟ

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ
ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ

ΑΔΤ ή ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ

ΚΑΤΟΙΚΟΣ

ΑΦΜ

ΟΔΟΣ- ΑΡΙΘΜΟΣ

ΤΚ

ΤΗΛ

ΚΙΝ. ΤΗΛ.

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

Διατίθεται να απασχοληθώ, στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας σύμφωνα με τις διατάξεις του δεύτερου άρθρου της από 25.02.2020 Πράξης Νομοθετικού περιεχομένου, όπως αυτή συμπληρώθηκε και τροποποιήθηκε με τα άρθρα του Ν.4753/2020 και τα άρθρο 19 του 4790/2021.

ως ιδιώτης ιατρός:

προτιμήσεις:

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ/ΚΥ (δηλώνεται νομός/οι ή και συγκεκριμένος Φορέας/εις)

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

Οι σύζυγοι Ελλήνων υπηκόων ή υπηκόων κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, θα υποβάλλουν φωτοαντίγραφο δελτίου μόνιμης διαμονής μέλους οικογένειας πολίτη της Ένωσης.

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.

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.

3. Φωτοαντίγραφο άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος στη χώρα μας.

4. Άδεια χρήσης τίτλου ιατρικής ειδικότητας στη χώρα μας

5. Βεβαίωση εγγραφής σε Ιατρικό Σύλλογο του τρέχοντος έτους της αίτησης.

6. Βεβαίωση γνώσης της Ελληνικής γλώσσας (Δγ/10424/31-3-93 ΦΕΚ 263Β) Υπουργική Απόφαση)

7. Πιστοποιητικό Εξειδίκευσης σε ΜΕΘ/ΜΕΝΝ.

Οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να σημειώνουν με ✓ ή Χ 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