

**ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΑΝΑΝΕΩΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ
ΣΤΟΥΣ ΟΝΟΜΑΣΤΙΚΟΥΣ ΚΑΤΑΛΟΓΟΥΣ ΤΩΝ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ ΓΙΑ ΤΟ 2018**

ΕΠΩΝΥΜΟ:

Παρακαλώ να με εγγράψετε στο Μητρώο Αποκλειστικών Νοσοκόμων που θα καταρτιστεί από την υπηρεσία σας για το έτος **2018**.

ΟΝΟΜΑ:.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:.....

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:.....

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:.....

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ.....

Η σειρά προτίμησής μου στα Νοσοκομεία & τις Ιδιωτικές Κλινικές ευθύνης σας ή τα Στρατιωτικά Νοσοκομεία τα οποία εμπίπτουν στα γεωγραφικά όρια της περιφέρειάς σας, έχει ως εξής:

(ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΕ & ΤΙΣ ΤΡΕΙΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ)

ΤΚ.....

ΠΟΛΗ.....

1.....

ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ

2.....

ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛ :

3.....

**ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ
ΑΠΟΚΛΕΙΣΤ/ΚΗΣ**.....

ΑΜΚΑ:.....

Α.Φ.Μ.:

Με την παρούσα, υποβάλλω συνημμένα τα κατωτέρω απαιτούμενα δικαιολογητικά (πρωτότυπα ή αντίγραφα αυτών), **ΥΔ** για την ακρίβεια των όσων δηλώνω & προσκομίζω, καθώς & πίνακα στοιχείων απόδειξης: (συμπληρώστε με **X**)

1.	Εκκαθαριστικό σημείωμα προηγούμενου οικονομικού έτους.(2017) – ΧΡΗΣΗ 2016	
2.	Βεβαίωση ενσήμων - σχετικά μόνο με τα νοσηλευτικά καθήκοντα - για την απόδειξη εμπειρίας, από το ΙΚΑ για το προηγούμενο έτος.(2017).	
3.	Φωτοτυπία της ανανέωσης του βιβλιαρίου ΙΚΑ για το νέο έτος (2018) καθώς και της αντίστοιχης σελίδας με τα προσωπικά στοιχεία .	
4.	Οποιοδήποτε πιστοποιητικό ή δικαιολογητικό η ισχύς του οποίου έχει λήξει (πχ. η άδεια παραμονής, Διαβατήριο, ταυτότητα) ή έχει διαφοροποιηθεί (π.χ πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης, κα)	
5.	Πρόσφατη φωτογραφία τύπου αστυνομικής ταυτότητας, <u>αν δεν έχετε καταθέσει σε προηγούμενες αιτήσεις.</u>	

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

.....

Ο / Η ΑΙΤΩΝ / ΟΥΣΑ

.....