|  |
| --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ 12ΜΗΝΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 32 ΤΟΥ Ν. 4865/2021 (ΦΕΚ 238/Τ.Α /4-12-2021)** |
|  | **ΠΡΟΣ** |
|  | **1η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ** |
| Παρακαλώ όπως κάνετε αποδεκτό το αίτημά μου για δυνατότητα υπηρεσίας 12μηνης διάρκειας, σύμφωνα με τις **Διατάξεις του Άρθρου 32 του Ν. 4865/2021** **(ΦΕΚ 238/Α΄/04.12.2021)**  |
| ΟΝΟΜΑ: |
| ΕΠΙΘΕΤΟ: | **Επισυναπτόμενα δικαιολογητικά:**1.Φωτοτυπία της ταυτότητας ή του διαβατηρίου σε ισχύ. □2.Αντίγραφο πτυχίου ημεδαπής ή αντίγραφο πτυχίου εκπαιδευτικού ιδρύματος άλλου κράτους-μέλους της ΕΕ, που φέρει σφραγίδα της Χάγης ή συνοδεύεται από απόφαση ισοτιμίας, αντιστοιχίας και βαθμολόγησης από ΔΙΚΑΤΣΑ ή ΔΟΑΤΑΠ, αν αποκτήθηκε πριν από την ένταξη της χώρας στην ΕΕ, ή αντίγραφο πτυχίου εκπαιδευτικού ιδρύματος τρίτης χώρας, που συνοδεύεται από απόφαση ισοτιμίας και αντιστοιχίας από το ΔΙΚΑΤΣΑ ή ΔΟΑΤΑΠ. □3. Αντίγραφο βεβαίωσης άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος στην Ελλάδα. □4. Τίτλο ειδικότητας. □5.Πιστοποιητικό Στρατολογικής κατάστασης τύπου Α΄ ή βεβαίωση νόμιμης αναβολής **τουλάχιστον 12μηνης διάρκειας**, που θα καλύπτει το χρονικό διάστημα της σύμβασης. □6.Υπεύθυνη Δήλωση (άρθρο 8 Ν.1599/1986) στην οποία να αναγράφεται: «***δεν έχω λάβει νόμιμη απαλλαγή από την υποχρέωση υπηρεσίας υπαίθρου ούτε έχω προβεί στην εκπλήρωση αυτής».***□7. Υπεύθυνη Δήλωση **προτίμησης Φορέα** (εάν ο ιατρός δεν υπηρετεί ήδη σε Φορέα της 1ης ΥΠΕ (άρθρο 8 Ν.1599/1986). □ Ημερομηνία ……………………………………. Ο/Η Αιτών/ούσα |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: |
| ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ: |
| ΑΔΤ Ή ΑΡΙΘΜ.ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ: |
| ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: |
| ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ Δ/ΝΣΗ: |
| ΤΗΛ.: |
| ΚΙΝ. ΤΗΛ.: |
| Ε-ΜΑΙL: |
| 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) |
|  |
|  |  |