|  |
| --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΜΕΤΑΘΕΣΗ ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΚΛΑΔΟΥ ΕΣΥ ΣΕ ΘΕΣΗ** **Μ.Ε.Θ., Μ.Α.Φ., Μ.Ε.Ν.Ν. ή Μ.Ε.Λ ΤΟΥ ΦΟΡΕΑ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 6 ΤΟΥ Ν. 4876/2021 (ΦΕΚ 251/Τ.Α /23-12-2021)** |
|  | **ΠΡΟΣ** |
|  | **1η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ** |
| Παρακαλώ όπως κάνετε αποδεκτό το αίτημά μου για μετάθεση σε κενή ή προσωποπαγή οργανική θέση Μ.Ε.Θ., Μ.Α.Φ., Μ.Ε.Ν.Ν. ή Μ.Ε.Λ του Φορέα **όπου υπηρετώ και εξακολουθώ να βρίσκομαι μετακινημένος/η κατά την έναρξη ισχύος του άρθρου 6 του Ν.4876/2021 .** |
| ΟΝΟΜΑ: |
| ΕΠΙΘΕΤΟ: | **Επισυναπτόμενα δικαιολογητικά:**1. Απόφαση μετακίνησης. □
2. Βεβαίωση Υπηρεσίας. □

 Ημερομηνία ……………………………………. Ο/Η Αιτών/ούσα |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: |
| ΑΔΤ/ΑΡΙΘΜ.ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ: |
| ΦΟΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΙΚΗΣ ΘΕΣΗΣ: |
| ΦΟΡΕΑΣ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ: |
| ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: |
| ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: |
| 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) |
|  |
|  |  |