

**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ 12ΜΗΝΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ
ΥΓΕΙΑΣ, ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 18 ΤΟΥ Ν. 4999/2022.
(ΦΕΚ 225/Α' /07-12-2022)**

	ΠΡΟΣ 1^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΟΝΟΜΑ:	Παρακαλώ όπως κάνετε αποδεκτό το αίτημά μου για <u>δυνατότητα υπηρεσίας 12μηνης διάρκειας</u> , σύμφωνα με τις <u>Διατάξεις του Άρθρου 18 του Ν. 4999/2022 (ΦΕΚ 225/Α' /07.12.2022)</u>
ΕΠΙΘΕΤΟ:	Επισυναπτόμενα δικαιολογητικά:
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:	1. <u>Φωτοτυπία της ταυτότητας ή του διαβατηρίου σε ισχύ.</u> ☐
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:	2. <u>Αντίγραφο πτυχίου</u> 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. ☐
ΑΔΤΉ ΑΡΙΘΜ.ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:	3. <u>Αντίγραφο βεβαίωσης άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος στην Ελλάδα.</u> ☐
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:	4. <u>Βεβαίωση επιτυχούς συμμετοχής στις εξετάσεις ειδικότητας.</u> ☐
ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ Δ/ΝΣΗ:	5. <u>Βεβαίωση Κενής Οργανικής Θέσης ειδικευμένου ιατρού από το Φορέα προτίμησης.</u> ☐
ΤΗΛ.:	6. <u>Πιστοποιητικό Στρατολογικής κατάστασης τύπου Α' ή βεβαίωση νόμιμης αναβολής τουλάχιστον 12μηνης διάρκειας</u> , που θα καλύπτει το χρονικό διάστημα της σύμβασης. ☐
KIN. ΤΗΛ.:	7. <u>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».</u> ☐
E-MAIL:	8. <u>Υπεύθυνη Δήλωση προτίμησης Φορέα</u> (εάν ο ιατρός δεν υπηρετεί ήδη σε Φορέα της 1 ^{ης} ΥΠΕ (άρθρο 8 Ν.1599/1986). ☐
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