ΑΙΤΗΣΗ B – 27

1η ΥΠε **ΑΙΤΗΣΗ** – Υ.Δ. Εγγραφής στο Μητρώο Αποκλειστικών για το έτος **2027**

Αριθμός Μητρώου Αποκλειστικού/ης: ……

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν1599/1986)			
ΠΡΟΣ: Διοίκηση 1ης ΥΠΕ			
ΕΠΩΝΥΜΟ:		**ΟΝΟΜΑ:**	
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:			
Όνομα και Επώνυμο Συζύγου:			
Ημερομηνία γέννησης:		**Τόπος Γέννησης:**	
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:		**Αριθμός Διαβατηρίου:**	
Υπηκοότητα:	**ΑΦΜ:**	**ΔΟΥ:**	
Τόπος Κατοικίας:	**Οδός:**	**Αριθμός:**	**ΤΚ:**
ΑΜΚΑ:	**ΑΜΑ:**	**ΑΜΕ:**	**ΒΙΒΛ. ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ Νο:**
Σταθερό Τηλ.:	**Κινητό:**	**e-mail:**	

Με την παρούσα, παρακαλώ όπως **ανανεώσετε την εγγραφή μου στο Μητρώο Αποκλειστικών Νοσοκόμων** που θα καταρτισθεί στην 1η ΥΠΕ Αττικής για το έτος **2026,** προκειμένου να παράσχω τις υπηρεσίες μου στα **Νοσοκομεία ΕΣΥ**, **Στρατιωτικά Νοσοκομεία** & τις **Ιδιωτικές Κλινικές** που εμπίπτουν στην αρμοδιότητά σας, υποβάλλοντας συνημμένα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά (πρωτότυπα ή αντίγραφα αυτών) όπως αυτά αναγράφονται στην σελ. 3 της Αίτησης και δηλώνοντας με ατομική μου ευθύνη γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της **παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986**, ότι:

1. **Συναινώ** στην διαχείριση των προσωπικών μου δεδομένων καθώς και λοιπών στοιχείων για τους σκοπούς της Αίτησής μου, σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό Προσωπικών Δεδομένων.

2. Αποδέχομαι την πραγματοποίηση οποιουδήποτε ελέγχου για την ακρίβεια των στοιχείων που καταθέτω καθώς & των προσκομιζόμενων συνημμένων δικαιολογητικών, ότι είναι **αληθή** κατά το περιεχόμενό τους & **γνήσια** αντίγραφα εκ των πρωτοτύπων (τίτλοι σπουδών, κ.λ.π.). για των οποίων την επιβεβαίωση της γνησιότητας – όποτε και εάν η υπηρεσία σας κρίνει – δίνω την συγκατάθεσή μου.

3. Γνωρίζω ότι, εάν από **καταγγελία ή αυτεπάγγελτο έλεγχο ή από οποιονδήποτε έλεγχο** των αποδεικτικών στοιχείων προκύψει οποιαδήποτε διαφορά ή ανακρίβεια με όσα δηλώνω στην υπεύθυνη δήλωση, **τότε θα διαγραφώ από το Μητρώο των Αποκλειστικών και θα υποστώ τις προβλεπόμενες ποινικές κυρώσεις** σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 1599/1986.

4. Γνωρίζω επίσης, ότι έχω δικαίωμα υποβολής Αίτησης συμμετοχής στο ΕΘΝΙΚΟ ΜΗΤΡΩΟ, **Μ Ο Ν Ο σε μία (1)** Υγειονομική Περιφέρεια **(ΥΠΕ**), κατά το ίδιο έτος.

5. Τα έγγραφα τα οποία ήδη έχω υποβάλλει σε προηγούμενες Αιτήσεις μου, δεν έχουν μεταβληθεί εκτός αυτών που καταθέτω σήμερα με την συμπληρωματική – ανανεωτική αυτή αίτηση.

6. Για κάθε τυχόν **μεταβολή των στοιχείων** τα οποία κατέθεσα, **γνωρίζω ότι** οφείλω να προβώ σε γραπτή ενημέρωσή σας άμεσα (π.χ. οικογενειακή κατάσταση, ανανέωση Διαβατηρίου, ανανέωση άδειας παραμονής, κ.α.).

7. Δηλώνω ότι δεν έχω καταδικασθεί αμετάκλητα για οποιαδήποτε κακούργημα και σε οποιαδήποτε ποινή για τα αδικήματα της κλοπής, υπεξαίρεσης απάτης, εκβίασης, πλαστογραφίας, παραχάραξης ή κιβδηλείας δωροδοκίας καταπίεσης, συκοφαντικής δυσφήμησης, αρπαγής προσώπου, καθώς και για οποιαδήποτε έγκλημα κατά της γενετήσιας ζωής ή της νομοθεσίας περί ναρκωτικών, όπλων και πυρομαχικών.

8. Δηλώνω επίσης, ότι δεν έχω παραπεμφθεί αμετάκλητα για κακούργημα ή οποιαδήποτε πλημμέλημα των ανωτέρω περιπτώσεων.

9.: ……

ΑΘΗΝΑ, …./…./2026 **Ο/Η Δηλών - ούσα (υπογραφή) ……**

Β - 27

ΕΠΙΛΟΓΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ - ΚΛΙΝΙΚΩΝ

Προκειμένου να παράσχω τις υπηρεσίες μου στις Δομές Υγείας αρμοδιότητάς σας, δηλώνω ότι η σειρά προτίμησής μου είναι:

1.:……

2.:……

3.:……

(Δηλώνονται υποχρεωτικά τρία (3) Νοσοκομεία ή Κλινικές της αρεσκείας σας).

ΠΙΝΑΚΕΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ **(ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΜΕ ✗ ή ✓)**

Α. ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ (Οικογενειακή Κατάσταση)	
ΠΟΛΥΤΕΚΝΟΣ ή ΤΕΚΝΟ ΠΟΛΥΤΕΚΝΩΝ	
ΓΟΝΕΑΣ ΜΟΝΟΓΟΝΕΪΚΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ή ΤΕΚΝΟ ΜΟΝΟΓΟΝΕΪΚΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΝΗΛΙΚΩΝ ΤΕΚΝΩΝ	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΕΚΝΩΝ	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	
ΑΓΑΜΟΣ / Η	
ΕΓΓΑΜΟΣ / Η	
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ / Η	
ΧΗΡΟΣ / Α – ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ	

Β. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ (Οικογενειακό Εισόδημα)	
0,00 € ΕΩΣ 6.900,00€	
6.900,01€ ΕΩΣ 12.000,00€	
12.000,01€ ΕΩΣ 16.000,00€	
16.000,01€ ΕΩΣ 22.000,00€	
22.000,01€ ΚΑΙ ΑΝΩ	

Γ. ΕΜΠΕΙΡΙΑ (Ένσημα ΙΚΑ)	
300	
600	
900	
1200	
1500	
1800	
2100	
2400	
2700	
3000	
3300	
3600	
3900	
4200	
4500	

ΑΘΗΝΑ, …./…./2026 **Ο/Η Δηλών - ούσα (υπογραφή)** ……

Β - 27

α/α	ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ Άρθρο 3-Γ6α/Γ.Π.οικ.36622/2022 (ΦΕΚ 3289/Β/28-06-2022).	Χ
1.	**Εκκαθαριστικό** Σ**ημείωμα** προηγούμενου οικονομικού έτους **(2026) – ΧΡΗΣΗ 2025.**	
2.	**Βεβαίωση οριστικοποιημένων Ενσήμων** Ασφαλιστικού Φορέα (ΕΦΚΑ), σχετικά ΜΟΝΟ με καθήκοντα Αποκλειστικού/κής & ΜΟΝΟ για το προηγούμενο έτος. (βάσει της ΑΔΑ: ΒΕΖΓ4691ΩΓ-ΧΘΛ).	
3.	Φωτοτυπία της σχετικής σελίδας του βιβλιαρίου **ΕΦΚΑ** με την **ανανέωση άδειας εργασίας για το ΝΈΟ έτος (2027)**, καθώς και της αντίστοιχης σελίδας με τα προσωπικά στοιχεία, σύμφωνα με την υπ' αριθ.: **Υ1γ/Γ.Π/οικ.35797** (**ΦΕΚ Β' 1199/11-04-2012**) **Υ**πουργική **Α**πόφαση.	
4.	**Πιστοποιητικό Υγείας** εργαζομένων σε επιχειρήσεις υγειονομικού ενδιαφέροντος (αντίγραφο αυτού που καταθέτετε στον **ΕΦΚΑ**).	
5.	Οποιοδήποτε πιστοποιητικό ή δικαιολογητικό **η ισχύς του οποίου έχει λήξει ή έχει διαφοροποιηθεί** (π.χ. πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης, άδεια παραμονής, διαβατήριο, ταυτότητα, κ.ά.). **Υπενθυμίζουμε** ότι τα αντίγραφα των κρίσιμων στοιχείων του **Διαβατηρίου** όπως & της **άδειας παραμονής** πρέπει να είναι **επικυρωμένα** και **ΜΟΝΟ** ΑΠΟ **ΔΙΚΗΓΟΡΟ**.	
6.	Αντίγραφο **Ποινικού Μητρώου** ΓΕΝΙΚΗΣ ΧΡΗΣΗΣ χρονικής ισχύος τριών (3) μηνών , από την ημερομηνία έκδοσής του. **(ΦΕΚ Β΄/ 3289 / 28-06-2022)**	
7.	**Δυο (2) πρόσφατες έγχρωμες φωτογραφίες** (σύμφωνα με τις αναφερόμενες προδιαγραφές).	

Σημείωση: *Τα **ξενόγλωσσα πτυχία** και **πιστοποιητικά** πρέπει **απαραίτητα να έχουν μεταφραστεί** επίσημα στην **ελληνική** γλώσσα από τις αρμόδιες προς τούτο αρχές και τα φωτοαντίγραφα τους, να είναι **ευκρινή** και **επικυρωμένα** από δικηγόρο*.