**ΑΙΤΗΣΗ Γ**

**ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟΥ/ΗΣ**

 **ΝΟΣΟΚΟΜΟΥ/ΑΣ (όσοι διαθέτουν)**: ………………………

ΕΠΩΝΥΜΟ: ……………………………………………………………….

ΟΝΟΜΑ: …………………………………………………………………..

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ: …………………………………………………….

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ: ………………………………………………….

Α.Δ.Τ.: ………………………………………………………………………

Α.Μ.Κ.Α.: …………………………………………………………………

Α.Φ.Μ.: …………………………………………………………………..

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

ΟΔΟΣ/ΑΡΙΘΜΟΣ: ……………………………………………………..

Τ.Κ. ……………………………………………………………………………

ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ: ………………………………………………..

EMAIL: ……………………………………………………………………..

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ:

1. Αντίγραφο τίτλου σπουδών

2. Ισοτιμία και αντιστοιχία τίτλου σπουδών

 (όπου απαιτείται)

3. Φωτοαντίγραφο Βεβαίωσης (πρώην άδειας) άσκησης

 επαγγέλματος

4. Φωτοαντίγραφο άδειας εργασίας από το ΕΦΚΑ.

5. Φωτοτυπία της σχετικής σελίδας Βιβλιαρίου ΕΦΚΑ,

 με την ανανέωση για το τρέχον έτος (σύμφωνα με την

 Υπουργική Απόφαση αριθμ.Υ1γ/Γ.Π/οικ 35797/2012

 (ΦΕΚ 1199/Β/11-04-2012)

6. Πιστοποιητικό ελληνομάθειας τουλάχιστον

 κατηγορίας ΥΕ, επιπέδου Α2 (όπου απαιτείται)

7. Φωτοαντίγραφο των δύο όψεων του Δελτίου

 Αστυνομικής Ταυτότητας, ή αντίγραφα των

 κρίσιμων σελίδων του διαβατηρίου και αντίγραφο

 της άδειας παραμονής (για τους αλλοδαπούς)

8. Α.Μ.Κ.Α.

9. Δύο (2) πρόσφατες φωτογραφίες (τύπου ταυτότητας)

10. Υπεύθυνη Δήλωση για την ακρίβεια των στοιχείων που

 έχουν δηλωθεί (Ν. 1599/86)

Ημερομηνία, ..……/…..../ 2022

**ΠΡΟΣ**

**Διοίκηση 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας**

Παρακαλώ για την εγγραφή μου στο Μητρώο Αποκλειστικών Νοσοκόμων, της 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας, **για το έτος 2024**, προκειμένου να παρέχω τις υπηρεσίες μου σε Νοσοκομεία ευθύνης σας ή Ιδιωτικές Κλινικές που εμπίπτουν στα γεωγραφικά όρια της 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας, σύμφωνα με την αριθμ. Γ6α/οικ.Γ.Π.οικ.36622/2022 Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ 3289/τ.Β’/28.06.2022) με θέμα: «Παροχή υπηρεσιών σε ασθενείς νοσοκομείων ΕΣΥ και ιδιωτικών κλινικών της χώρας από αποκλειστικές νοσοκόμες και νοσοκόμους».

Με την παρούσα υποβάλλω τα απαιτούμενα δικαιολογητικά.

*\*Δηλώνω ότι τα στοιχεία της αίτησής μου είναι ακριβή και αληθή.*

*Σε περίπτωση ανακρίβειας γνωρίζω ότι θα έχω τις συνέπειες που*

 *προβλέπονται από τις διατάξεις του Ν.1599/1986.*

Ο/Η αιτ……………