|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ ΙΑΤΡΩΝ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΠΙΛΟΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΕΞΙ (6) ΜΗΝΩΝ (αρ. 3 Ν. 4999/2022)** | |
|  | **ΠΡΟΣ** |
| ΟΝΟΜΑ : | **3η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας** |
| ΕΠΙΘΕΤΟ : | **Επισυναπτόμενα δικαιολογητικά :** |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ : | * Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου □ * (Για υπηκόους κρατών μελών Ε.Ε. ή τρίτων χωρών με δικαιώματα κοινοτικών υπηκόων): Βεβαίωση εγγραφής πολίτη κράτους-μέλους της Ε.Ε □ ή πιστοποιητικό μόνιμης διαμονής κοινοτικού υπηκόου □, ή δελτίο ταυτότητας ομογενούς □ , ή άδεια διαμονής ομογενούς □, ή δελτίο διαμονής μέλους οικογένειας Έλληνα/Ελληνίδας □, ή πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης από το οποίο να προκύπτει η σύναψη συμφώνου συμβίωσης με Έλληνα/ Ελληνίδα □ , ή δελτίο μόνιμης διαμονής □, ή προσωποπαγή άδεια διαμονής υπηκόων τρίτων χωρών □, ή άδεια επί μακρόν διαμένοντος υπηκόου τρίτης χώρας □, ή άδεια διαμονής δεύτερης γενιάς □ , ή κατοχή μπλε κάρτας της Ε.Ε □, ή δεκαετή άδεια παραμονής □. * 1. Φωτοαντίγραφο πτυχίου Ιατρικής Σχολής Ελληνικού Πανεπιστημίου ή βεβαίωσης από τη γραμματεία του Πανεπιστημίου από την οποία να προκύπτει ότι ο ενδιαφερόμενος έχει καταστεί πτυχιούχος από την 1η.1.2022 και εφεξής □, ή   2. Φωτοαντίγραφο πτυχίου Πανεπιστημίου κράτους - μέλους της Ε.Ε. και της επικύρωσής του (σφραγίδα της Χάγης) □  φωτοαντίγραφο της επίσημης μετάφρασης □,  φωτοαντίγραφο της απόφασης ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ ή ΔΙΚΑΤΣΑ όπου αυτό απαιτείται, από την 1η.1.2022 και εφεξής □, ή  3. Φωτοαντίγραφο ξενόγλωσσου πτυχίου Πανεπιστημίου κράτους εκτός Ε.Ε. με ημερομηνία κτήσης από την 1η.1.2022 και εφεξής □,  φωτοαντίγραφο της μετάφρασης □  φωτοαντίγραφο της απόφασης ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ ή ΔΙΚΑΤΣΑ □   * Φωτοαντίγραφο άδειας ή βεβαίωσης άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος στη χώρα μας. □ * (Για υπηκόους κρατών μελών Ε.Ε. ή υπηκόους τρίτων χωρών με δικαιώματα κοινοτικών πολιτών) Πιστοποιητικό ελληνομάθειας επιπέδου Β2 από το Κέντρο Ελληνικής Γλώσσας του Υπουργείου Παιδείας Έρευνας και Θρησκευμάτων□ , ή από το Διδασκαλείο Νέας Ελληνικής Γλώσσας του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών□ , ή από το Σχολείο Νέας Ελληνικής Γλώσσας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης□. * Υπεύθυνη Δήλωση Ι (άρθρο 8 Ν.1599/1986) □ * Υπεύθυνη Δήλωση ΙΙ (άρθρο 8 Ν.1599/1986) □ |
| ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ : |
| ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ : |
| ΑΔΤ ή ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ : |
| ΚΑΤΟΙΚΟΣ : |
| ΟΔΟΣ- ΑΡΙΘΜΟΣ : |
| ΤΚ : |
| ΤΗΛ : |
| ΚΙΝ. ΤΗΛ. : |
| Δ/ΝΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ: |
| ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΠΙΛΟΓΗΣ :  (αναγράφεται μια επιλογή)  **…………………………………………………**  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, / /2025

Ο/Η Αιτών/ούσα