

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΑΙΤΗΣΗ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΠΡΟΤΙΜΗΣΗ	
	ΠΡΟΣ Υπ. Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΟΥΣ 17, 10187 ΑΘΗΝΑ Δ/νση Προσωπικού Νομικών Προσώπων
ΟΝΟΜΑ	ΤΜΗΜΑ Α΄
ΕΠΙΘΕΤΟ	Παρακαλώ να με συμπεριλάβετε στον κατάλογο επικουρικών ιατρών για την κάλυψη επιτακτικών αναγκών, που τηρείται ηλεκτρονικά στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (άρθρο 1 ^ο του Π.Δ.131 (ΦΕΚ 73 ^Α /87, άρθρο 11 παρ. 22 του ν.2889/01, άρθρο 15 παρ. 2 του Ν. 2920/01, άρθρο 45 παρ. 2 ν. 3205/03 άρθρο 10 παρ. 1 του ν.3329/05, άρθρο 2 παρ. 2 του ν.3868/10) Δεσμεύομαι να απασχοληθώ για χρονικό διάστημα 12 μηνών με πλήρη και αποκλειστική απασχόληση για την τρέχουσα περίοδο του έτους. ΠΡΟΤΙΜΗΣΗ 1 : ΠΡΟΤΙΜΗΣΗ 2: ΔΗΛΩΝΩ ΥΠΕΥΘΥΝΑ ΟΤΙ ΔΕΝ ΚΑΤΕΧΩ ΑΛΛΗ ΕΜΜΙΣΘΗ Ή ΑΜΙΣΘΗ ΘΕΣΗ ΟΠΟΥΔΗΠΟΤΕ ΣΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΟΜΕΑ ΚΑΙ ΔΕΝ ΕΧΩ ΠΑΡΑΙΤΗΘΕΙ ΑΠΟ ΘΕΣΗ ΚΛΑΔΟΥ ΙΑΤΡΩΝ Ε.Σ.Υ.
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ	
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ	
ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ	
ΑΔΤ ή ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ	
ΑΦΜ	
ΔΟΥ	
ΚΑΤΟΙΚΟΣ	
ΟΔΟΣ- ΑΡΙΘΜΟΣ	
ΤΚ	
ΤΗΛ	
ΚΙΝ. ΤΗΛ.	
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

.....

... ΔΗΛ
.....