

ΑΙΤΗΣΗ ΔΗΛΩΣΗ

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΕΙΔΙΚΟ ΣΩΜΑ ΙΑΤΡΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΤΡΟΠΩΝ ΤΩΝ ΚΕ.Π.Α.

(Η συμπλήρωση όλων των πεδίων είναι υποχρεωτική)

ΠΕΡΙΟΧΗΣ..... (Πόλη)

1. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1.1 ΕΠΩΝΥΜΟ

1.2 ΕΠΩΝΥΜΟ ΣΥΖΥΓΟΥ (Αν πρόκειται για γυναίκα)

1.3 ΟΝΟΜΑ

1.4 ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ.....

1.5 ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ : ΕΤΟΣ..... ΜΗΝΑΣ..... ΗΜΕΡΑ.....

1.6 ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ΠΟΛΗ/ΧΩΡΙΟ..... ΧΩΡΑ.....

2. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΙΑΤΡΕΙΟΥ - ΤΗΛΕΦΩΝΑ

ΟΔΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ

ΠΟΛΗ/ΧΩΡΙΟ ΝΟΜΟΣ..... ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ

ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΚΙΝΗΤΑ.....

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ

3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΤΥΧΙΟΥ

3.1 ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΤΗΣΗΣ

3.2 ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΧΩΡΑ

4. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

4.1 ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ

4.2 ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

4.3 ΑΡΧΗ ΕΚΔΟΣΗΣ

4.4 ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΣΑΥ ΑΜΚΑ

5. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ

5.1 ΑΣΚΟΥΜΕΝΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

5.2 ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΨΗΣ ΤΙΤΛΟΥ.....

ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΕΤΟΣ ΜΗΝΑΣ ΗΜΕΡΑ

ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΕΤΟΣ ΜΗΝΑΣ ΗΜΕΡΑ

5.3 ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ:

ΕΤΗ ΜΗΝΕΣ ΗΜΕΡΕΣ

6. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΕΡΓΟ

6.1 ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΠΕΡΑΣΕΙ ΜΕ ΕΠΙΤΥΧΙΑ ΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΠΑΡΑΔΟΧΗΣ

ΝΑΙ ΟΧΙ

6.2 ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ ΕΤΗΣΙΑΣ ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΦΟΙΤΗΣΗΣ

ΝΑΙ ΟΧΙ

6.3 ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ ΣΥΝΑΦΕΙΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΔΗΜΟΣΙΕΥΤΕΙ ΣΕ ΔΙΕΘΝΗ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ. ΕΡΓΑΣΙΕΣ ΥΠΟ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ ΔΕ ΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΥΠΟΨΗ ΕΚΤΟΣ ΑΝ ΣΥΝΟΔΕΥΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΤΟΥ ΕΚΔΟΤΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ ΟΤΙ Η ΕΡΓΑΣΙΑ ΕΧΕΙ ΓΙΝΕΙ ΔΕΚΤΗ ΓΙΑ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ.

ΝΑΙ ΟΧΙ

6.4 ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΣΕ ΔΙΕΘΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

ΝΑΙ ΟΧΙ

6.5 ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΣΥΓΓΡΑΦΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΒΙΒΛΙΩΝ

ΝΑΙ ΟΧΙ

6.6 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

ΝΑΙ ΟΧΙ

7. ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ *

7.1 ΣΤΟ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ΜΕ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΣΧΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΩΣ ΙΑΤΡΟΥ

ΝΑΙ ΕΤΗ ΟΧΙ

7.2 ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ Ή ΤΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ

ΝΑΙ ΕΤΗ ΟΧΙ

7.3 ΣΕ ΦΟΡΕΙΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ

ΝΑΙ ΕΤΗ ΟΧΙ

7.4 ΣΕ ΆΛΛΟ ΦΟΡΕΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

ΝΑΙ ΕΤΗ ΟΧΙ

7.5 ΣΕ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΥΠΑΙΘΡΟΥ

ΝΑΙ ΟΧΙ

7.6 ΣΕ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Ή ΣΕ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΩΣ ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ

ΝΑΙ ΕΤΗ ΟΧΙ

8. ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΡΓΟ

8.1 ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΤΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΕΞΙ ΜΗΝΕΣ ΣΕ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟ ΚΕΝΤΡΟ ΤΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ

ΝΑΙ ΟΧΙ

8.2 ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΤΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΕΞΙ ΜΗΝΕΣ ΣΕ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΑ ΚΕΝΤΡΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΝΑΙ ΟΧΙ

8.3 ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ ΚΑΙ ΣΕΜΙΝΑΡΙΩΝ

ΝΑΙ ΟΧΙ

8.4 ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ ΣΤΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΟΥ

ΝΑΙ ΟΧΙ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα παραπάνω στοιχεία είναι αληθή. Υποχρεούμαι να προσκομίσω όσα δικαιολογητικά μου ζητηθούν που θα βεβαιώνουν την ακρίβεια όσων δηλώνω.

Έλαβα γνώση ότι τυχόν ψευδής ή ανακριβής δήλωση θα οδηγήσει στην απόρριψή μου από τη διαδικασία κρίσης και επιλογής ιδιωτών ιατρών.

Προκειμένου να θεωρηθεί έγκυρη η αίτηση θα πρέπει να έχουν συμπληρωθεί όλα τα πεδία

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΙΤΗΣΗΣ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΙΑΤΡΟΥ

Προκειμένου να θεωρηθεί έγκυρη η αίτηση θα πρέπει να έχουν συμπληρωθεί όλα τα πεδία

*(Στα πεδία ΝΑΙ ή ΟΧΙ της προϋπηρεσίας, εφόσον σημειωθεί ΝΑΙ θα πρέπει να συμπληρωθεί υποχρεωτικά και το πεδίο ΕΤΗ.)

Ο προσδιορισμός του χρόνου προϋπηρεσίας υπολογίζεται ως εξής:

- Για χρόνο > του έτους, αν ο συνολικός χρόνος υπερβαίνει το εξάμηνο θα στρογγυλοποιείται στην αμέσως επόμενη μονάδα (π.χ 1 έτος και 7 μήνες ισούται με 2 έτη, 1 έτος και πέντε μήνες ισούται με 1 έτος, 2 έτη 6 μήνες και 10 ημέρες ισούται με 3 έτη)
- Για χρόνο < του έτους λογίζεται ως προϋπηρεσία (ΝΑΙ) εφόσον αυτή υπερβαίνει ή ισούται με έξι μήνες.