

	<p><b>ΠΡΟΣ</b> 1<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής</p>
<b>ΟΝΟΜΑ:</b>	<p>Παρακαλώ όπως κάνετε αποδεκτό το αίτημα μου για <u>ένταξη σε δομές Υγείας της 1<sup>ης</sup> ΥΠΕ Αττικής</u>, σύμφωνα με τα άρθρα 45 και 46 του Ν. 4753/2020, λόγω <u>έκτακτης και επιτακτικής ανάγκης συνδρομής στη δημόσια υγεία από την έξαρση του κορωνοϊού COVID-19.</u></p>
<b>ΕΠΙΘΕΤΟ:</b>	<p><b>Επισυναπτόμενα δικαιολογητικά:</b></p>
<b>ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:</b>	<p>1. <b>Φωτοτυπία της ταυτότητας ή του διαβατηρίου</b> από το οποίο θα προκύπτει ότι ο κάτοχος είναι Έλληνας υπήκοος ή υπήκοος χώρας μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης <input type="checkbox"/></p>
<b>ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:</b>	<p>Οι σύζυγοι Ελλήνων υπηκόων ή υπηκόων κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, θα υποβάλλουν φωτοαντίγραφο δελτίου μόνιμης διαμονής μέλους οικογένειας πολίτη της Ένωσης. <input type="checkbox"/></p>
<b>ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:</b>	<p>Οι υπήκοοι τρίτων χωρών θα υποβάλλουν φωτοαντίγραφο του δελτίου παραμονής επί μακρόν ή φωτοαντίγραφο μπλε κάρτας της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή φωτοαντίγραφο δελτίου άδειας παραμονής ομογενούς ή φωτοαντίγραφο δελτίου παραμονής δεύτερης γενιάς. <input type="checkbox"/></p>
<b>ΑΔΤ ή ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:</b>	
<b>ΚΑΤΟΙΚΟΣ:</b>	
<b>ΟΔΟΣ- ΑΡΙΘΜΟΣ:</b>	<p>2. <b>Φωτοαντίγραφο πτυχίου Ελληνικού Πανεπιστημίου ή αλλοδαπής.</b> Σε περίπτωση πτυχίου πανεπιστημίου της αλλοδαπής απαιτείται το πτυχίο με τη σφραγίδα της Χάγης, η επίσημη μετάφραση του και η απόφαση ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ, όπου απαιτείται. <input type="checkbox"/></p>
<b>ΤΚ:</b>	
<b>ΤΗΛ:</b>	<p>3. <b>Φωτοαντίγραφο απόφασης άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.</b> <input type="checkbox"/></p>
<b>ΚΙΝ. ΤΗΛ.:</b>	<p>4. <b>Φωτοαντίγραφο απόφασης χορήγησης τίτλου ιατρικής ειδικότητας</b> <input type="checkbox"/></p>
<b>ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:</b>	<p>5. <b>Πρόσφατη Βεβαίωση του οικείου Ιατρικού Συλλόγου</b> όπου βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησης της. <input type="checkbox"/></p>
<p>Οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να σημειώνουν με ✓ ή X τα δικαιολογητικά που καταθέτουν από την διπλανή λίστα με ευθύνη τους.</p> <p>ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ: ..... Δικαιολογητικά</p> <p>(Συμπληρώνεται ο αριθμός των δικαιολογητικών που υποβάλλονται)</p> <p><i>Σημείωση: Όλα τα ξενόγλωσσα πτυχία και πιστοποιητικά πρέπει απαραίτητα να έχουν μεταφραστεί επίσημα στη ελληνική γλώσσα από τις αρμόδιες προς τούτο αρχές της ημεδαπής. Και τα φωτοαντίγραφα τους πρέπει να είναι ευκρινή και επικυρωμένα από δικηγόρο.</i></p>	<p>6. <b>Τίτλος ελληνομάθειας τύπου Β2 ή βεβαίωση γνώσης της ελληνικής από την αρμόδια επιτροπή του ΚΕΣΥ.</b> Δεν απαιτείται τίτλος ελληνομάθειας για τους ιατρούς που είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην Ελλάδα ή απόφοιτοι ελληνικού πανεπιστημίου ή διαθέτουν ισοτιμία και αντιστοιχία πτυχίου από ΔΟΑΤΑΠ (ΔΙΚΑΤΣΑ) ή έχουν αποκτήσει τίτλο ειδικότητας στην Ελλάδα. <input type="checkbox"/></p> <p>7. <b>Βιογραφικό σημείωμα</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Ημερομηνία .....</p> <p>Ο/Η Αιτών/ούσα .....</p>