|  |  |
| --- | --- |
| ΑΙΤΗΣΗ ΙΑΤΡΩΝ ΓΙΑ ΕΝΤΑΞΗ ΣΤΟ ΠΙΛΟΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ (ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ Ν.4999/2022) | |
| ΟΝΟΜΑ: | **Επισυναπτόμενα δικαιολογητικά :**  1.**Φωτοτυπία της ταυτότητας** ή του διαβατηρίου από το οποίο θα προκύπτει ότι ο κάτοχος είναι Έλληνας υπήκοος ή υπήκοος χώρας μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης  Οι σύζυγοι Ελλήνων υπηκόων ή υπηκόων κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, θα υποβάλλουν φωτοαντίγραφο δελτίου μόνιμης διαμονής μέλους οικογένειας πολίτη της Ένωσης.  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.  2.**Βεβαίωση εγγραφής πολίτη κράτους –μέλους**(άρθρο 42 του ν. 4071/2012 Α' 85), ή πιστοποιητικό μόνιμης διαμονής κοινοτικού υπηκόου (κάρτα Ευρωπαίου πολίτη, άρθρο 42 του ν. 4071/2012 Α' 85), ή δελτίο ταυτότητος ομογενούς, ή άδεια διαμονής ομογενούς (άρθρο 81 του ν. 4251/2014 Α' 80), 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 (άρθρα 82, 83, 84, 85 και 87 του ν. 4251/2014), ή άδεια επί μακρόν δια-μένοντος υπηκόου τρίτης χώρας (άρθρα 88, 97 και 106 του ν. 4251/2014), ή άδεια διαμονής δεύτερης γενιάς (άρθρο 108 του ν. 4251/2014), ή κατοχή μπλε κάρτας της Ε.Ε. (άρθρα 114 και 120 του ν. 4251/2014), ή δεκαετή άδεια παραμονής (άρθρο 138 του ν. 4251/2014).  3.**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 φωτοαντίγραφο πτυχίου Πανεπιστημίου κράτους - μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης και της επικύρωσής του (σφραγίδα της Χάγης), το οποίο θα συνοδεύεται από φωτοαντίγραφο της επίσημης μετάφρασης και φωτοαντίγραφο της απόφασης ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ ή ΔΙΚΑΤΣΑ όπου αυτό απαιτείται, από την 1η.1.2022 και εφεξής. Για τις περιπτώσεις πτυχίων από χώρες εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης απαιτείται φωτοαντίγραφο του ξενόγλωσσου πτυχίου με ημερομηνία κτήσης από την 1η.1.2022 και εφεξής, το οποίο θα συνοδεύεται από φωτοαντίγραφο της μετάφρασης και φωτοαντίγραφο της απόφασης ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ ή ΔΙΚΑΤΣΑ  4.**Φωτοαντίγραφο άδειας** **ή βεβαίωσης άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.**  5.**Πιστοποιητικό ελληνομάθειας επιπέδου Β2** για αυτούς που είναι υπήκοοι κρατών-μελών της Ε.Ε ή οι υπήκοοι τρίτων χωρών που έχουν τα δικαιώματα των κοινοτικών πολιτών πρέπει να υποβάλλουν 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. Το ανωτέρω πιστοποιητικό δεν απαιτείται για όσους είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην Ελλάδα, ή απόφοιτοι Ελληνικού Πανεπιστημίου, ή διαθέτουν απόφαση ισοτιμίας και αντιστοιχίας του πτυχίου τους από τον ΔΟΑΤΑΠ (ΔΙΚΑΤΣΑ) μετά από εξετάσεις  6.**Υπεύθυνη Δήλωση** (άρθρο 8 Ν.1599/1986) **Υπόδειγμα Υπεύθυνης Δήλωσης Ι**  7.**Υπεύθυνη Δήλωση** (άρθρο 8 Ν.1599/1986)**Υπόδειγμα Υπεύθυνης Δήλωσης IΙ**  ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ  ………………………………………………………….  Ο/Η Αιτών/ούσα  ........................................................ |
| ΕΠΩΝΥΜΟ: |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: |
| ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ: |
| ΑΔΤ ή ΑΡ.ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ |
| ΚΑΤΟΙΚΟΣ: |
| ΟΔΟΣ –ΑΡΙΘΜΟΣ: |
| ΤΚ: |
| ΤΗΛ: |
| ΚΙΝ.ΤΗΛ: |
| Δ/ΝΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ |
| **Νοσοκομείο Επιλογής** :  (**αναγράφεται η μία επιλογή του Ιατρού**)  **Επιλεχθέντα Νοσοκομεία**  1.ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ <<ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ>>  2.ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ  3.ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙO ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ <<Γ.ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ>>  ΣΥΝΝΗΜΕΝΝΑ:………..Δικαιολογητικά  (Συμπληρώνεται ο αριθμός των δικαιολογητικών που υποβάλλονται) |