|  |  |
| --- | --- |
| ΑΙΤΗΣΗ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥΒάσει του εικοστού άρθρου του Ν.5015/2023 ΦΕΚ 20/Α/2-2-2023, όπως ισχύει | |
|  | **ΠΡΟΣ** |
|  | **6η…Υγειονομική Περιφέρεια (ΦΟΡΕΑΣ ΥΠΟΔΟΧΗΣ):**  [**protokollo@dypede.gr**](mailto:protokollo@dypede.gr)  **ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:**  [**metakiniseis@dypede.gr**](mailto:metakiniseis@dypede.gr) |
| ΟΝΟΜΑ: |  |
| ΕΠΙΘΕΤΟ: | Παρακαλώ να με συμπεριλάβατε στον κατάλογο μετακινούμενου επικουρικού ιατρικού προσωπικού βάσει του εικοστού άρθρου του Ν.5015/2023, όπως ισχύει, λόγω έκτακτων υπηρεσιακών αναγκών, ο οποίος τηρείται ηλεκτρονικά **στην 6η ΥΠΕ**  ΠΡΟΤΙΜΗΣΕΙΣ: (δίνεται δυνατότητα να δηλωθούν από έναν έως τρεις φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας της 6ης ΥΠΕ)  1 …………………………………………………………, για το χρονικό διάστημα από:………………έως…………………………..(όχι μεγαλύτερο του ενός (1) μήνα και όχι πέραν τις 31/12/2025)  2. …………………………………………………………, για το χρονικό διάστημα από:………….………έως…………………… (όχι μεγαλύτερο του ενός (1) μήνα και όχι πέραν τις 31/12/2025)  3. …………………………………………………………, για το χρονικό διάστημα από:………….………έως…………………………..(όχι μεγαλύτερο του ενός (1) μήνα και όχι πέραν τις 31/12/2025) |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: |
|  |
|  |
| ΑΔΤ ή ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ: |
| ΚΑΤΟΙΚΟΣ |
| ΟΔΟΣ- ΑΡΙΘΜΟΣ |
| ΤΚ |
| ΤΗΛ |
| ΚΙΝ. ΤΗΛ.  E-MAIL: |
| ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ : |
| ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ: |
|  |
|  |
|  | **Ημερομηνία**  **…………………………………….**  **Ο/Η Αιτών/ούσα** |