|  |
| --- |
| ΑΙΤΗΣΗ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ Βάσει του εικοστού άρθρου του Ν.5015/2023 ΦΕΚ 20/Α/2-2-2023, όπως ισχύει |
|  | **ΠΡΟΣ** |
|  | **6η…Υγειονομική Περιφέρεια (ΦΟΡΕΑΣ ΥΠΟΔΟΧΗΣ):****protokollo@dypede.gr****ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:****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** |