|  |  |
| --- | --- |
| ΑΙΤΗΣΗ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥΒάσει του εικοστού πρώτου άρθρου του Ν.5015/2023 ΦΕΚ 20/Α/2-2-2023 | |
|  | **ΠΡΟΣ** |
|  | **6η…Υγειονομική Περιφέρεια**  [**protokollo@dypede.gr**](mailto:protokollo@dypede.gr)  **Κοινοποίηση**  [**metakiniseis@dypede.gr**](mailto:metakiniseis@dypede.gr) |
| ΟΝΟΜΑ: |  |
| ΕΠΙΘΕΤΟ: | Παρακαλώ να με συμπεριλάβατε στον κατάλογο μετακινούμενου νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού βάσει του εικοστού πρώτου άρθρου του Ν.5015/2023, 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 30/9/2023)  2. …………………………………………………………, για το χρονικό διάστημα από:………….………έως…………………… (όχι μεγαλύτερο του ενός (1) μήνα και όχι πέραν τις 30/9/2023)  3. …………………………………………………………, για το χρονικό διάστημα από:………….………έως…………………………..(όχι μεγαλύτερο του ενός (1) μήνα και όχι πέραν τις 30/9/2023) |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: |
| ΑΔΤ ή ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ: |
| ΚΑΤΟΙΚΟΣ: |
| ΟΔΟΣ- ΑΡΙΘΜΟΣ: |
| ΤΚ: |
| ΤΗΛ.: |
| ΚΙΝ. ΤΗΛ.: |
| E-MAIL: |
| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ-ΚΛΑΔΟΣ: |
| ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ: |
| ΣΧΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: ΜΟΝΙΜΟ Ή ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ |
|  |
|  | **Ημερομηνία**  **…………………………………….**  **Ο/Η Αιτών/ούσα** |