|  |
| --- |
| ΑΙΤΗΣΗ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ Βάσει του εικοστού πρώτου άρθρου του Ν.5015/2023 ΦΕΚ 20/Α/2-2-2023 |
|  | **ΠΡΟΣ** |
|  | **6η…Υγειονομική Περιφέρεια****protokollo@dypede.gr****Κοινοποίηση****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** |