

**ΑΙΤΗΣΗ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ ΓΙΑ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΔΟΜΩΝ ΎΤΕΡΩΝ ΥΠΕ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΛΥΨΗΣ ΈΚΤΑΚΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΩΝ  
ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΥΣ ΘΕΡΙΝΟΥΣ ΜΗΝΕΣ ΑΠΟ 01.01.2025 ΕΩΣ 31.12.2025**

	<p><b><u>ΠΡΟΣ:</u></b></p> <p>.....ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (ΥΠΕ ΦΟΡΕΑ ΥΠΟΔΟΧΗΣ)</p> <p><b><u>ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:</u></b></p> <p>..... ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (ΥΠΕ ΦΟΡΕΑ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ)</p>
ΟΝΟΜΑ:	
ΕΠΙΘΕΤΟ:	α. <u>Προτιμώμενη Δομή Υγείας μετακίνησης (σύμφωνα με τις εγκεκριμένες ανάγκες ΥΠΕ του αναρτημένου Πίνακα):</u>
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:	
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ:	.....
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ/ΒΑΘΜΙΔΑ (ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ):	β. <u>Προτιμώμενη χρονική περίοδος μετακίνησης (ΔΕ δύναται να υπερβαίνει τον έναν (1) μήνα):</u>
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ/ΚΛΑΔΟΣ (ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ/ΛΟΙΠΟ):	.....
ΣΧΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ (ΜΟΝΙΜΟ/ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟ):	
ΦΟΡΕΑΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ:	Ημερομηνία .....
ΤΗΛ./ΚΙΝ. ΤΗΛ.:	Ο/Η Αιτών/ούσα
E-MAIL:	