

**ΑΙΤΗΣΗ ΙΑΤΡΩΝ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΠΙΛΟΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ
ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΕΞΙ (6) ΜΗΝΩΝ (αρ. 3 Ν. 4999/2022)**

ΟΝΟΜΑ :	ΠΡΟΣ 3^η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας
ΕΠΙΘΕΤΟ :	Επισυναπτόμενα δικαιολογητικά :
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ :	• <u>Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου</u> ☐ • (Για υπηκόους κρατών μελών Ε.Ε. ή τρίτων χωρών με δικαιώματα κοινοτικών υπηκόων): Βεβαίωση εγγραφής πολίτη κράτους-μέλους της Ε.Ε ☐ ή πιστοποιητικό μόνιμης διαμονής κοινοτικού υπηκόου ☐ , ή δελτίο ταυτότητας ομογενούς ☐ , ή άδεια διαμονής ομογενούς ☐ , ή δελτίο διαμονής μέλους οικογένειας Έλληνα/Ελληνίδας ☐ , ή πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης από το οποίο να προκύπτει η σύναψη συμφώνου συμβίωσης με Έλληνα/ Ελληνίδα ☐ , ή δελτίο μόνιμης διαμονής ☐ , ή προσωποπαγή άδεια διαμονής υπηκόων τρίτων χωρών ☐ , ή άδεια επί μακρόν διαμένοντος υπηκόου τρίτης χώρας ☐ , ή άδεια διαμονής δεύτερης γενιάς ☐ , ή κατοχή μπλε κάρτας της Ε.Ε ☐ , ή δεκαετή άδεια παραμονής ☐. • 1. Φωτοαντίγραφο πτυχίου Ιατρικής Σχολής Ελληνικού Πανεπιστημίου ή βεβαίωσης από τη γραμματεία του Πανεπιστημίου από την οποία να προκύπτει ότι ο ενδιαφερόμενος έχει καταστεί πτυχιούχος από την 1η.1.2022 και εφεξής ☐ , ή 2. Φωτοαντίγραφο πτυχίου Πανεπιστημίου κράτους - μέλους της Ε.Ε. και της επικύρωσής του (σφραγίδα της Χάγης) ☐ φωτοαντίγραφο της επίσημης μετάφρασης ☐ , φωτοαντίγραφο της απόφασης ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ ή ΔΙΚΑΤΣΑ όπου αυτό απαιτείται, από την 1η.1.2022 και εφεξής ☐ , ή 3. Φωτοαντίγραφο ξενόγλωσσου πτυχίου Πανεπιστημίου κράτους εκτός Ε.Ε. με ημερομηνία κτήσης από την 1η.1.2022 και εφεξής ☐ , φωτοαντίγραφο της μετάφρασης ☐ φωτοαντίγραφο της απόφασης ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ ή ΔΙΚΑΤΣΑ ☐ • <u>Φωτοαντίγραφο άδειας ή βεβαίωσης άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος</u> στη χώρα μας. ☐ • (Για υπηκόους κρατών μελών Ε.Ε. ή υπηκόους τρίτων χωρών με δικαιώματα κοινοτικών πολιτών) Πιστοποιητικό ελληνομάθειας επιπέδου Β2 από το Κέντρο Ελληνικής Γλώσσας του Υπουργείου Παιδείας Έρευνας και Θρησκευμάτων ☐ , ή από το Διδασκαλείο Νέας Ελληνικής Γλώσσας του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών ☐ , ή από το Σχολείο Νέας Ελληνικής Γλώσσας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης ☐. • Υπεύθυνη Δήλωση Ι (άρθρο 8 Ν.1599/1986) ☐ • Υπεύθυνη Δήλωση ΙΙ (άρθρο 8 Ν.1599/1986) ☐
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ :	
ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ :	
ΑΔΤ ή ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ :	
ΚΑΤΟΙΚΟΣ :	
ΟΔΟΣ- ΑΡΙΘΜΟΣ :	
ΤΚ :	
ΤΗΛ :	
ΚΙΝ. ΤΗΛ. :	
Δ/ΝΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ:	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΠΙΛΟΓΗΣ : (αναγράφεται μια επιλογή) Οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να σημειώνουν με ✓ ή Χ τα δικαιολογητικά που καταθέτουν από την διπλανή λίστα με ευθύνη τους. ΣΥΝΝΗΜΜΕΝΑ: Δικαιολογητικά (Συμπληρώνεται ο αριθμός των δικαιολογητικών που υποβάλλονται)	

Ημερομηνία, / /2025

Ο/Η Αιτών/ούσα