

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

<b>ΟΝΟΜΑ :</b>	<b>ΠΡΟΣ</b> <b>3<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας</b>
<b>ΕΠΙΘΕΤΟ :</b>	<b>Επισυναπτόμενα δικαιολογητικά :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου</u> <input type="checkbox"/></li> <li>• (Για υπηκόους κρατών μελών Ε.Ε. ή τρίτων χωρών με δικαιώματα κοινοτικών υπηκόων): Βεβαίωση εγγραφής πολίτη κράτους-μέλους της Ε.Ε <input type="checkbox"/> ή πιστοποιητικό μόνιμης διαμονής κοινοτικού υπηκόου <input type="checkbox"/> , ή δελτίο ταυτότητας ομογενούς <input type="checkbox"/> , ή άδεια διαμονής ομογενούς <input type="checkbox"/> , ή δελτίο διαμονής μέλους οικογένειας Έλληνα/Ελληνίδας <input type="checkbox"/> , ή πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης από το οποίο να προκύπτει η σύναψη συμφώνου συμβίωσης με Έλληνα/ Ελληνίδα <input type="checkbox"/> , ή δελτίο μόνιμης διαμονής <input type="checkbox"/> , ή προσωποπαγή άδεια διαμονής υπηκόων τρίτων χωρών <input type="checkbox"/> , ή άδεια επί μακρόν διαμένοντος υπηκόου τρίτης χώρας <input type="checkbox"/> , ή άδεια διαμονής δεύτερης γενιάς <input type="checkbox"/> , ή κατοχή μπλε κάρτας της Ε.Ε <input type="checkbox"/> , ή δεκαετή άδεια παραμονής <input type="checkbox"/>.</li> <li>• 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 <input type="checkbox"/> , ή 2. Φωτοαντίγραφο πτυχίου Πανεπιστημίου κράτους - μέλους της Ε.Ε. και της επικύρωσής του (σφραγίδα της Χάγης) <input type="checkbox"/> , φωτοαντίγραφο της επίσημης μετάφρασης <input type="checkbox"/> , φωτοαντίγραφο της απόφασης ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ ή ΔΙΚΑΤΣΑ όπου αυτό απαιτείται, από την 1η.1.2022 και εφεξής <input type="checkbox"/> , ή 3. Φωτοαντίγραφο ξενόγλωσσου πτυχίου Πανεπιστημίου κράτους εκτός Ε.Ε. με ημερομηνία κτήσης από την 1η.1.2022 και εφεξής <input type="checkbox"/> , φωτοαντίγραφο της μετάφρασης <input type="checkbox"/> , φωτοαντίγραφο της απόφασης ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ ή ΔΙΚΑΤΣΑ <input type="checkbox"/></li> <li>• <u>Φωτοαντίγραφο άδειας ή βεβαίωσης άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος</u> στη χώρα μας. <input type="checkbox"/></li> <li>• (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 <input type="checkbox"/> , ή από το Διδασκαλείο Νέας Ελληνικής Γλώσσας του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών <input type="checkbox"/> , ή από το Σχολείο Νέας Ελληνικής Γλώσσας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης <input type="checkbox"/>.</li> <li>• Υπεύθυνη Δήλωση Ι (άρθρο 8 Ν.1599/1986) <input type="checkbox"/></li> <li>• Υπεύθυνη Δήλωση ΙΙ (άρθρο 8 Ν.1599/1986) <input type="checkbox"/></li> </ul>
<b>ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ :</b>	
<b>ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ :</b>	
<b>ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ :</b>	
<b>ΑΔΤ ή ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ :</b>	
<b>ΚΑΤΟΙΚΟΣ :</b>	
<b>ΟΔΟΣ- ΑΡΙΘΜΟΣ :</b>	
<b>ΤΚ :</b>	
<b>ΤΗΛ :</b>	
<b>ΚΙΝ. ΤΗΛ. :</b>	
<b>Δ/ΝΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ:</b>	
<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΠΙΛΟΓΗΣ :</b> (αναγράφεται μια επιλογή)  .....  Οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να σημειώνουν με <b>✓</b> ή <b>X</b> τα δικαιολογητικά που καταθέτουν από την διπλανή λίστα με ευθύνη τους.   <b>ΣΥΝΝΗΜΜΕΝΑ:</b> ..... Δικαιολογητικά  (Συμπληρώνεται ο αριθμός των δικαιολογητικών που υποβάλλονται)	

Ημερομηνία, / /2026

Ο/Η Αιτών/ούσα