

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
(άρθρο 8 Ν. 1599/86)

Προς

Δ/νση Δημόσιας Υγείας
Περιφέρειας Ηπείρου

Ο-Η Όνομα _____ Επώνυμο _____

Όνομα & Επώνυμο Πατέρα _____

Όνομα & Επώνυμο Μητέρας _____

Ημερομηνία Γέννησης _____

Αριθμός δελτίου ταυτότητας _____

Τόπος κατοικίας _____ Οδός _____ Αριθμ. _____ Τ.Κ. _____

Τηλέφωνο _____ Κινητό _____

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας για τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/86, δηλώνω ότι:

1. Α) Δεν κατέχω έμμισθη θέση ειδικευόμενου
 Β) Κατέχω θέση αγροτικού ιατρού και θα παραιτηθώ όταν τοποθετηθώ για ειδίκευση
 Γ) Κατέχω θέση άγονου αγροτικού στο _____ Ανέλαβα υπηρεσία την _____ και περατώνω την _____
 Δ) Κατέχω έμμισθη θέση ειδικευόμενου (ή έχω τοποθετηθεί για ειδίκευση)

2. Α) Έχω ασκηθεί για ειδικότητα _____

 Β) Δεν έχω ασκηθεί για ειδικότητα _____

3. Α) Έχω υποβάλει άλλη αίτηση για ειδικότητα _____

 Β) Δεν έχω υποβάλει άλλη αίτηση για ειδικότητα _____

4. Κατέχω έμμισθη θέση (ή έχω τοποθετηθεί για ειδικευση) με την υπ' αριθμ. _____ Υπουργική Απόφαση σε θέση έμμισθου ειδικευόμενου στην ειδικότητα της _____ και στο Νοσοκομείο _____ και τελειώνω την προκαταρκτική μου άσκηση την _____ οπότε και υποχρεούμαι να προσκομίσω το πιστοποιητικό ευδόκιμης άσκησης που χορηγεί η Επιστημονική Επιτροπή του Νοσοκομείου, προκειμένου εφ' όσον συντρέχουν οι προϋποθέσεις διορισμού, να τοποθετηθώ για ειδικευση στην _____

5. Υποχρεούμαι να υποβάλω Υ. Δ. όπου θα αναγράφεται ο χρόνος περάτωσης της ειδικότητας της _____ όταν διοριστώ στο Νοσοκομείο _____ Μετά την περάτωση της υποχρεούμαι να προσκομίσω πιστοποιητικό ευδόκιμης άσκησης που χορηγεί η Επιστημονική Επιτροπή του Νοσοκομείου, προκειμένου εφ' όσον συντρέχουν οι προϋποθέσεις διορισμού, να τοποθετηθώ για ειδικευση στην _____

6. Λαμβάνω γνώση ότι για ειδικότητες που αποτελούνται από περισσότερα του ενός σταδίων ειδικευσης, υποχρεούμαι να προσκομίσω πιστοποιητικά ευδόκιμης άσκησης ειδικευσης για όλα τα προηγούμενα στάδια ώστε να προκύψουν οι προϋποθέσεις διορισμού μου για κάθε επόμενο στάδιο.

Δεν έχω συμπληρώσει χρόνο άσκησης για την απόκτηση τίτλου ιατρικής ειδικότητας.

7. 1. Έχω Ελληνική υπηκοότητα

2. Έχω υπηκοότητα κράτους μέλους της Ε. Ενωσης.(ή χώρας με ειδική σύνδεση με την Ε.Ενωση)

3. Έχω υπηκοότητα _____ και είμαι παντρεμένος/η με υπήκοο της Ε.Ενωσης.

4. Έχω υπηκοότητα _____ και είμαι ομογενής(κατέχω δελτίο ομογενούς ή άδεια παραμονής).

Ημερομηνία _____

Ο-Η Δηλ. _____