ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΚΛΗΡΩΣΕΩΝ

**(ΆΡΘΡΟ 8 Ν.1599/86)**

**Προς:**  **Περιφέρεια Ηπείρου -Δ/νση Δημόσιας Υγείας**

**Ο-Η Όνομα\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Επώνυμο\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Όνομα & Επώνυμο Πατέρα\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Όνομα & Επώνυμο Μητέρας\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ημερομηνία Γέννησης\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Τόπος κατοικίας\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Οδός\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Αριθ. \_\_\_\_\_\_\_Τ.Κ.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Τηλέφωνο\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Κινητό\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Με ατομική μου ευθύνη & γνωρίζοντας για τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:**

1. **Κατέχω - Δεν κατέχω έμμισθη θέση ……………………………………………….…..…….. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **Έχω – Δεν έχω υποβάλλει άλλη αίτηση για ειδίκευση ………………………………..…….. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
3. **Έχω-Δεν έχω ασκηθεί για ειδικότητα ………………………………………………………. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
4. **Δεν συμμετέχω σε κλήρωση για άλλη ειδικότητα**
5. **Δεν συμμετέχω σε κλήρωση που διεξάγεται την ίδια ημέρα**
6. **Έχει – Δεν έχει ξεκινήσει η διαδικασία διορισμού μου στο ……………………………….. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
7. **Σε περίπτωση που δεν κληρωθώ επιθυμώ:  
   α) Να παραμείνω στην λίστα που θα προκύψει από την κλήρωση  
   β) Να παραμείνω στην λίστα που είμαι εγγεγραμμένος  
   γ) Θα υποβάλω εκ νέου αίτηση για ειδίκευση**
8. **Δεν έχω συμπληρώσει χρόνο άσκησης για την απόκτηση τίτλου Ιατρ. Ειδικότητας**
9. **Έχω:**

**α) Έχω Ελληνική υπηκοότητα**

**β) Έχω υπηκοότητα \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ κράτους μέλους της Ε. Ένωσης. (ή κράτους με ειδική σύνδεση με την Ε. Ένωση)**

**γ) Έχω υπηκοότητα \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_και είμαι μέλος οικογένειας υπηκόου της Ε. Ένωσης.**

**δ) Έχω υπηκοότητα \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_και είμαι ομογενής (κατέχω δελτίο ομογενούς ή άδεια παραμονής).**

**ε) Έχω υπηκοότητα \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(τρίτης χώρας )**

**Ημερομηνία: ……/……/……**

**Ο-Η Δηλ**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**