

**ΠΡΟΣ:**

Διοίκηση 5<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας  
Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας

**ΑΙΤΗΣΗ**

ΕΠΩΝΥΜΟ: .....

ΟΝΟΜΑ: .....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ: .....

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ: .....

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ: .....

ΑΡΙΘΜ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΣΤ. ΤΑΥΤ: .....

ΑΜΚΑ: .....

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ: .....

ΚΑΤΟΙΚΟΣ:

.....

ΟΔΟΣ-ΑΡΙΘΜΟΣ: .....

Τ.Κ.: .....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: .....

**ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ:**

1. Φωτοαντίγραφο του τίτλου σπουδών (όσοι διαθέτουν)
2. Ισοτιμία και αντιστοιχία τίτλου σπουδών (όπου χρειάζεται)
3. Φωτοαντίγραφο άδειας άσκησης επαγγέλματος νοσηλεύτη/τριας ή βοηθού νοσηλεύτη/τριας (όσοι διαθέτουν)
4. Φωτοαντίγραφο άδειας εργασίας από τον ΕΦΚΑ
5. Βεβαίωση από τον ΕΦΚΑ, από την οποία προκύπτουν τα ένημα της/του απασχολούμενης/ου.
6. Φωτοτυπία της σχετικής σελίδας του βιβλιαρίου ΕΦΚΑ με την ανανέωση για το τρέχον έτος
7. Πιστοποιητικό ελληνομάθειας (όπου χρειάζεται)
8. Φωτοαντίγραφο των δύο όψεων της αστυνομικής ταυτότητας.
9. Πρόσφατη φωτογραφία
10. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.
11. Αντίγραφο εκκαθαριστικού σημειώματος του προηγούμενου οικονομικού έτους

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: ...../...../2021

Παρακαλώ όπως φροντίσετε για την εγγραφή μου στο Μητρώο Αποκλειστικών Νοσοκόμων που τηρείται στην Υπηρεσία σας, προκειμένου να παρέχω τις υπηρεσίες μου σε ένα από τα κάτωθι Νοσηλευτικά Ιδρύματα, αρμοδιότητας της 5<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας,

1. ....
2. ....
3. ....

σύμφωνα με την αριθ. Υ4α/οικ.37804/13 (ΦΕΚ Β'/1023/25.04.2013) απόφαση του Υπουργού Υγείας με θέμα: «Παροχή υπηρεσιών σε ασθενείς νοσοκομείων ΕΣΥ και ιδιωτικών κλινικών της Χώρας από αποκλειστικές νοσοκόμες και νοσοκόμους», όπως συμπληρώθηκε με την αριθ. Υ4α/Γ.Π.οικ. 75206 / 08-08-2013 ( ΦΕΚ Β'/1944/9.08.2013) απόφαση του Υπουργού Υγείας με θέμα: «Τροποποίηση και συμπλήρωση της αριθ. Υ4α/οικ.37804/13 (ΦΕΚ Β'/1023/25.04.2013) Υπουργικής Απόφασης με θέμα «Παροχή υπηρεσιών σε ασθενείς νοσοκομείων ΕΣΥ και ιδιωτικών κλινικών της Χώρας από αποκλειστικές νοσοκόμες και νοσοκόμους» και ισχύει.

Με την παρούσα υποβάλλω τα απαιτούμενα δικαιολογητικά.

Ο/Η αιτ.....