Α.Δ.Α.: ΩΒΛ7ΟΡΡ3-ΦΕΣ

Αρ. πρωτ.: 7859/29-11-2019

**ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ΠΡΟΣ**  **ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Α.Ε. (Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε.)** | **ΘΕΜΑ:**  *«*ΥΠΟΒΟΛΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΙΑΤΡΟΥΣ - ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ ΚΑΤΟΧΟΥΣ Α.Π.Υ. ΓΙΑ ΤΗΝ Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε.» |
| ΕΠΩΝΥΜΟ:  ………………………………………………………………..  ΟΝΟΜΑ:  ………………………………………………………………..  ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:  ………………………………………………………………..  ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ:  ………………………………………………………………..  Α.Δ.Τ.:  ………………………………………………………………..  ΑΦΜ:  ………………………………………………………………..  Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:  ………………………………………………………………..  ΠΕΡΙΟΧΗ, T.K.:  ………………………………………………………………..  ΤΗΛΕΦΩΝΟ:  ………………………………………………………………..  KINHTO:  ………………………………………………………………..  **ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:**  ……………………………………………………………….. | Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι επιθυμώ να συμμετάσχω ως υποψήφιος στην υπ’ αριθμ. πρωτ. 7859/29-11-2019 πρόσκληση της Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε. ως ιατρός – εξωτερικός συνεργάτης, κάτοχος Α.Π.Υ. και ότι κατέχω την ειδικότητα **ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ**  Δηλώνω υπεύθυνα ότι κατέχω:   1. Πτυχίο Ιατρικής (εφόσον το πτυχίο έχει αποκτηθεί εκτός Ελλάδος, βεβαίωση ΔΟΑΤΑΠ για την επαγγελματική αναγνώριση και ισοτιμία) 2. Άδεια άσκησης Ιατρικού επαγγέλματος 3. Τίτλο Ιατρικής Ειδικότητας 4. Βεβαίωση εκπλήρωσης υπηρεσίας υπαίθρου από το Υπουργείο Υγείας ή τυχόν νόμιμης απαλλαγής ή αναστολής 5. Βεβαίωση Ιδιότητας Μέλους Ιατρικού Συλλόγου 6. Πιστοποιητικό στρατολογικής κατάστασης τύπου Α΄   Επίσης, δηλώνω υπεύθυνα ότι όλα τα ατομικά στοιχεία και τα ουσιαστικά προσόντα που αναφέρω στο βιογραφικό μου σημείωμα είναι αληθή και ότι θα προσκομίσω, εφόσον μου ζητηθούν, τα σχετικά πιστοποιητικά – βεβαιώσεις.  Σας υποβάλλω, συνημμένα:   1. Βιογραφικό Σημείωμα 2. Φωτοαντίγραφο Α.Δ.Τ. ή διαβατηρίου   **Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ**  …………………………………………………………………………… |