

ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ - ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

	<p>ΠΡΟΣ ΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΒΑΛΑΣ ΑΓΙΟΣ ΣΙΛΑΣ Τ.Κ. 65 500</p>
ΟΝΟΜΑ:	Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν.
ΕΠΙΘΕΤΟ:	1599/1986, δηλώνω:
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:	ότι επιθυμώ να παρέχω τις υπηρεσίες μου ως εξωτερικός συνεργάτης για την κάλυψη κενών ενεργού (24ωρης) εφημερίας του
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:	Ορθοπεδικού Τμήματος του Νοσοκομείου , μετά την υπ' αριθμ. πρωτ.
ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:/...../2026 Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος
ΑΔΤ ή ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:	(ΑΔΑ:.....) του ΓΝ Καβάλας για την έναρξη συνεργασίας και σύμφωνα με τις διατάξεις του πεντηκοστού πρώτου άρθρου του Ν.4839/2021 όπως αυτές τροποποιήθηκαν, συμπληρώθηκαν και ισχύουν.
ΚΑΤΟΙΚΟΣ:	Σας υποβάλλω συνημμένα τα ακόλουθα δικαιολογητικά:
ΟΔΟΣ- ΑΡΙΘΜΟΣ :	1. Σύντομο βιογραφικό σημείωμα <input type="checkbox"/>
ΤΚ:	2. Φωτοτυπία της ταυτότητας ή του διαβατηρίου από το οποίο θα προκύπτει ότι ο κάτοχος είναι Έλληνας υπήκοος ή υπήκοος χώρας μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι υπήκοοι τρίτων χωρών θα υποβάλλουν φωτοαντίγραφο του δελτίου παραμονής επί μακρόν ή φωτοαντίγραφο μπλε κάρτας της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή φωτοαντίγραφο δελτίου άδειας παραμονής ομογενούς ή φωτοαντίγραφο δελτίου παραμονής δεύτερης γενιάς <input type="checkbox"/>
ΤΗΛ:	3.Υπεύθυνη Δήλωση στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιούπαλληλική ιδιότητα <input type="checkbox"/>
Email:	4. Φωτοαντίγραφο πτυχίου Ελληνικού Πανεπιστημίου ή Πανεπιστημίου κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης το οποίο θα συνοδεύεται από φωτοαντίγραφο της μετάφρασης και φωτοαντίγραφο της ισοτιμίας ΔΟΑΤΑΠ, όπου αυτό απαιτείται ή πτυχίου χώρας εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης, το οποίο θα συνοδεύεται από φωτοαντίγραφο της μετάφρασης και φωτοαντίγραφο της ισοτιμίας ΔΟΑΤΑΠ. <input type="checkbox"/>
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:	5. Φωτοαντίγραφο άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος στη χώρα μας <input type="checkbox"/>
ΑΜΚΑ:	6. Βεβαίωση Ιδιότητας Μέλους Ιατρικού Συλλόγου. <input type="checkbox"/>
ΑΦΜ:	7. Άδεια χρήσης τίτλου ιατρικής ειδικότητας. <input type="checkbox"/>
ΘΕΜΑ: ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ, σύμφωνα με τις διατάξεις του πεντηκοστού πρώτου άρθρου του Ν. 4839/2021 όπως ισχύουν	8. Πιστοποιητικά Υγείας από Παθολόγο ή Γενικό Ιατρό και Ψυχίατρο <input type="checkbox"/>
	9. Βεβαίωση έναρξης ως επιτηδευματία & ασφαλιστική ενημερότητα <input type="checkbox"/>
	10. Αριθμό Λογαριασμού Τραπέζης & IBAN <input type="checkbox"/>

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ: Δικαιολογητικά

Ο/ Η Αιτών

(Συμπληρώνεται ο αριθμός των δικαιολογητικών που υποβάλλονται)