

ΑΙΤΗΣΗ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ

**Βάσει του εικοστού άρθρου του Ν.5015/2023 ΦΕΚ 20/Α/2-2-2023, όπως ισχύει
Για το χρονικό διάστημα 31.12.2026**

ΠΡΟΣ:

.....ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (ΦΟΡΕΑ ΥΠΟΔΟΧΗΣ)

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

.....ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (ΦΟΡΕΑ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ)

ΕΠΙΘΕΤΟ:

Παρακαλώ να με συμπεριλάβετε στον κατάλογο μετακινούμενου ιατρικού επικουρικού προσωπικού βάσει του άρθρου 20 του Ν.5015/2023, όπως ισχύει, λόγω έκτακτων υπηρεσιακών αναγκών, ο οποίος τηρείται στην 4η ΥΠΕΜακεδονίας και Θράκης.

ΟΝΟΜΑ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

Προτιμώμενη Δομή Υγείας μετακίνησης (σύμφωνα με τις εγκεκριμένες ανάγκες του αναρτημένου Πίνακα)

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ/ΒΑΘΜΙΔΑ :

1
για το χρονικό διάστημα
από:.....έως.....
(όχι μεγαλύτερο του ενός (1) μήνα)

ΚΙΝ. ΤΗΛ.:

2.
για το χρονικό διάστημα
από:.....έως.....
(όχι μεγαλύτερο του ενός (1) μήνα)

E-MAIL:

ΦΟΡΕΑΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ:

3.
για το χρονικό διάστημα
από:.....έως.....
(όχι μεγαλύτερο του ενός (1) μήνα)

Ημερομηνία

.....

Ο/Η Αιτών/ούσα

Θεσσαλονίκη