***ΑΙΤΗΣΗ**
ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟΝ ΟΝΟΜΑΣΤΙΚΟ ΚΑΤΑΛΟΓΟ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ
(Αφορά όσους εγγραφούν και συμπεριληφθούν στον ονομαστικό κατάλογο αποκλειστικών νοσοκόμων της 4ης ΥΠΕ Μακεδονίας και Θράκης).

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ
ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΟΥ :……

ΕΠΩΝΥΜΟ:……..

ΟΝΟΜΑ:……

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:……

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ:……

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:……..

ΚΑΤΟΙΚΟΣ:……

ΟΔΟΣ-ΑΡΙΘΜΟΣ:……..

Τ.Κ.:……

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:……

E-MAIL:……

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ:

1. Φωτοτυπία Βιβλιαρίου Εργασίας - Υγείας ΕΦΚΑ με την ανανέωση του τρέχοντος έτους
2. Βεβαίωση ΕΦΚΑ για την απόδειξη εμπειρίας των αποκλειστικών νοσοκόμων.
3. Αντίγραφο εκκαθαριστικού σημειώματος του προηγούμενου οικονομικού έτους
4. Δύο (2) φωτογραφίες τύπου ταυτότητας (στο πίσω μέρος θα φέρουν ονοματεπώνυμο)

Αυτεπάγγελτη αναζήτηση δικαιολογητικών από την Υπηρεσία:

- *Πιστοποιητικό Οικογενειακής κατάστασης*

ΠΡΟΣ
Τη Διοίκηση της 4ης Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας και Θράκης

Ιουστινιανού 1 και Εθνικής Αντιστάσεως 11
Τ.Κ. 55134 Καλαμαριά , Θεσσαλονίκη

Παρακαλώ να με συμπεριλάβετε στον Ονομαστικό κατάλογο Αποκλειστικών Νοσοκόμων της 4ης Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας και Θράκης του Νοσοκομείου ή Ιδιωτικής Κλινικής :
α) ……
β) ……
γ) ……
σύμφωνα την αριθ. Γ6α/Γ.Π.οικ.36622/2022 Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ3289/τ.Β΄/ 28.06.2022) περί παροχής υπηρεσιών σε ασθενείς νοσοκομείων ΕΣΥ και ιδιωτικών κλινικών της Χώρας από αποκλειστικές νοσοκόμες και νοσοκόμους.
Με την παρούσα υποβάλλω τα απαιτούμενα δικαιολογητικά.

**Δηλώνω ότι τα στοιχεία της αίτησής μου είναι ακριβή και αληθή. Σε περίπτωση ανακρίβειας γνωρίζω ότι θα έχω τις συνέπειες που προβλέπονται από τις διατάξεις του Ν.1599/1986.*

Ο/Η αιτ……..

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: ……../……../2026