



Η ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ και ΚΑΤΑΤΙΘΕΤΑΙ ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ : _____

ΟΝΟΜΑ : _____

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ : _____

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ : _____

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ : _____ (ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΩΣ)

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ : _____

ΑΡ. ΔΕΛΤ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ : _____

ΑΜΚΑ : _____

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ : _____

| ΟΔΟΣ | ΑΡΙΘ. | ΠΟΛΗ – ΔΗΜΟΣ - ΚΟΙΝ. | Τ.Κ. | ΝΟΜΟΣ |
|-------|-------|----------------------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Δ/ΝΣΗ ΕΠΑΓΓ. ΕΓΚ/ΣΗΣ : _____

| ΟΔΟΣ | ΑΡΙΘ. | ΠΟΛΗ – ΔΗΜΟΣ - ΚΟΙΝ. | Τ.Κ. | ΝΟΜΟΣ |
|-------|-------|----------------------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

ΙΔΙΟΤΗΤΑ ΕΠΑΓΓ/ΤΟΣ : _____

(πχ: ΜΟΝΑΔΑ ΠΦΥ, ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ, ΠΑΝ/ΜΙΟ, ΙΔΙΩΤΗΣ κλπ)

ΤΗΛΕΦΩΝΑ : _____

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:

- Δεν είμαι μέλος άλλου Ιατρικού Συλλόγου, ούτε έχω εγγραφεί μέχρι σήμερα σε άλλον Ιατρικό Σύλλογο στην Ελλάδα
- Δεν είμαι εγγεγραμμένος σε ειδικό μητρώο άλλων Ιατρικών Συλλόγων
- Δεν έχω υποστεί στέρηση πολιτικών δικαιωμάτων
- Δεν μου έχει ανακληθεί ή ανασταλεί για οποιοδήποτε λόγο η άδεια ή βεβαίωση άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, ούτε διώκομαι σήμερα πειθαρχικά
- Δεν έχω καταδικαστεί τελεσίδικα σε ατιμωτικό αδίκημα σύμφωνα με τις εκάστοτε ισχύουσες διατάξεις της ποινικής νομοθεσίας
- Σε περίπτωση οποιασδήποτε μεταβολής των στοιχείων μου (επαγγελματικών ή ταυτοποιητικών) υποχρεούμαι όπως εντός δέκα (10) ημερολογιακών ημερών από την ημέρα της μεταβολής να το δηλώσω στον ΙΣ Πατρών
- Επίσης δηλώνω ότι τα στοιχεία της αίτησης μου καθώς και τα στοιχεία που αναφέρονται στα επισυναπτόμενα δικαιολογητικά μου είναι ακριβή και αληθή

- Συνημμένα καταθέτω τα παρακάτω απαιτούμενα δικαιολογητικά και φέρω την ευθύνη για την ακρίβειά τους.

1. **α. Για ελληνικά ΠΤΥΧΙΑ:** Αντίγραφο πτυχίου
β. Για ΠΤΥΧΙΑ που χορηγήθηκαν από χώρες εκτός της Ε.Ε.: φωτοαντίγραφο επικυρωμένο του ξενόγλωσσου, αντίγραφο επικυρωμένο της μετάφρασής του, αντίγραφο βεβαίωσης από ΔΙΚΑΤΣΑ ή ΔΟΑΤΑΠ.
γ. Για ΠΤΥΧΙΑ που χορηγήθηκαν από χώρες της Ε.Ε.: Αντίγραφο επικυρωμένο του ξενόγλωσσου, αντίγραφο επικυρωμένο της μετάφρασής του και βεβαίωση ΔΙΚΑΤΣΑ ή ΔΟΑΤΑΠ αν αυτή χορηγήθηκε πριν την ένταξη της χώρας στην Ε.Ε.
δ. Για ΠΤΥΧΙΑ που χορηγήθηκαν από Ιταλία: φωτοαντίγραφο επικυρωμένο του ξενόγλωσσου, αντίγραφο επικυρωμένο της μετάφρασής του, φωτοαντίγραφα επικυρωμένα του ΑΤΤΕΣΤΑΤΟ κα της μετάφρασής του.
2. Απλό φωτοαντίγραφο και των δύο όψεων της **ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ.**
3. Απλό φωτοαντίγραφο **ΑΔΕΙΑΣ/ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ.**
4. Απλό φωτοαντίγραφο **ΤΙΤΛΟΥ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ** (αν υπάρχει)
5. **Βεβαίωση απόδοσης ΑΜΚΑ** (Μπορεί να κατατεθεί οποιοδήποτε δημόσιο έγγραφο που αναφέρει τον ΑΜΚΑ)
6. **Δήλωση του άρθρου 296 του ν 4512/2018** (Χορηγείται από την Υπηρεσία)
7. **Δικαίωμα εγγραφής (ποσό 10,00 €)** (Απαλλαγή ετήσιας εισφοράς για το τρέχον έτος της 1^{ης} εγγραφής).
8. **1 φωτογραφία μεγέθους ταυτότητας**
9. **Βιογραφικό** συνοδευόμενο από τίτλους ειδικότητας και εξειδίκευσης, μεταπτυχιακών σπουδών και κάθε άλλης επιστημονικής εμπειρίας και κατάρτισης στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ/ΔΗΛΟΥΝΤΟΣ