

**ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

**ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟ ΕΙΔΙΚΟ ΜΗΤΡΩΟ**

**ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΠΑΤΡΩΝ**

**(Άρθρο 295 του Ν. 4512/2018)**

 **ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΠΑΤΡΩΝ**

Η ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ και ΚΑΤΑΤΙΘΕΤΑΙ ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΗ

|  |
| --- |
|  |

ΕΠΩΝΥΜΟ : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΩΣ)

ΙΘΑΓΕΝΕΙΑ : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ΑΡ. ΔΕΛΤ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ΑΜΚΑ : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ΑΦΜ : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ΔΟΥ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ΕΝΕΡΓΟ ΜΕΛΟΣ ΤΟΥ Ι.Σ.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

ΤΗΛΕΦΩΝΑ : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |

**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:**

**Η ακριβής επαγγελματική μου δραστηριότητα ως μέλος του Ιατρικού Συλλόγου ………………………….…… είναι:** (απαιτείται αναλυτική - ακριβής συμπλήρωση του τόπου παροχής των ιατρικών υπηρεσιών του χρόνου αλλά και της εργασιακής σχέσης).

□ ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΤΟΜΕΑΣ:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ΙΑΤΡΟΙ ΕΣΥ, ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟΙ, ΔΟΜΩΝ ΠΦΥ, ΜΕΛΗ ΔΕΠ κλπ (Αναγράφεται ο τόπος, η μονάδα, ο βαθμός, εργασιακή σχέση κλπ)

□ ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ιδ. Ιατρείο/εργαστήριο, Ιδ Κλινικές, ΜΗΝ κλπ (Αναγράφεται ο τόπος, η μονάδα, εργασιακή σχέση, επ. υπευθυνότητα, συνεργασία κλπ)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ιδ. Ιατρείο/εργαστήριο, Ιδ Κλινικές, ΜΗΝ κλπ (Αναγράφεται ο τόπος, η μονάδα, εργασιακή σχέση, επ. υπευθυνότητα, συνεργασία κλπ)

|  |
| --- |
|  |

**Η ακριβής επαγγελματική μου δραστηριότητα ως μέλος του Ιατρικού Συλλόγου Πατρών είναι:** (απαιτείται αναλυτική - ακριβής συμπλήρωση του τόπου παροχής των ιατρικών υπηρεσιών του χρόνου αλλά και της εργασιακής σχέσης).

□ ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΤΟΜΕΑΣ (μόνο με απόσπαση):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ΙΑΤΡΟΙ ΕΣΥ, ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟΙ, ΔΟΜΩΝ ΠΦΥ, ΜΕΛΗ ΔΕΠ κλπ (Αναγράφεται ο τόπος, η μονάδα, ο βαθμός, εργασιακή σχέση κλπ)

□ ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ιδ. Ιατρείο/εργαστήριο, Ιδ Κλινικές, ΜΗΝ κλπ (Αναγράφεται ο τόπος, η μονάδα, εργασιακή σχέση, επ. υπευθυνότητα, συνεργασία κλπ)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ιδ. Ιατρείο/εργαστήριο, Ιδ Κλινικές, ΜΗΝ κλπ (Αναγράφεται ο τόπος, η μονάδα, εργασιακή σχέση, επ. υπευθυνότητα, συνεργασία κλπ)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ιδ. Ιατρείο/εργαστήριο, Ιδ Κλινικές, ΜΗΝ κλπ (Αναγράφεται ο τόπος, η μονάδα, εργασιακή σχέση, επ. υπευθυνότητα, συνεργασία κλπ)

|  |
| --- |
|  |

* δεν είμαι εγγεγραμμένος σε ειδικό μητρώο άλλων Ιατρικών Συλλόγων / Είμαι εγγεγραμμένος σε ειδικό μητρώο και του Ιατρικού Συλλόγου ……………………………………………………………………………..…. (διαγράφεται ό,τι δεν ισχύει)
* δεν έχω υποστεί στέρηση πολιτικών δικαιωμάτων
* δεν μου έχει ανακληθεί ή ανασταλεί για οποιοδήποτε λόγο η άδεια/ 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. **Βεβαίωση (πρόσφατη) Ιατρικού Συλλόγου** του οποίου είμαι ενεργό μέλος από την οποία να προκύπτουν τυχόν μεταβολές ΙΣ, πιθανές ποινικές ή πειθαρχικές καταδίκες
2. **Βεβαίωση (πρόσφατη) Ιατρικού Συλλόγου του οποίου είμαι μέλος ειδικού μητρώου** από την οποία να προκύπτουν πιθανές ποινικές ή πειθαρχικές καταδίκες. (Μόνο αν ο ιατρός είναι & μέλος ειδικού μητρώου άλλου Συλλόγου)
3. **Απλό φωτοαντίγραφο** και των δύο όψεων της **ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ.**
4. **Βεβαίωση απόδοσης ΑΜΚΑ** (Αν δεν αναγράφεται στη βεβαίωση του Ι.Σ.. -Μπορεί να κατατεθεί οιοδήποτε δημόσιο έγγραφο που αναφέρει τον ΑΜΚΑ)
5. **Καταβολή ετήσιας εισφοράς (100,00 €)**
6. **1 φωτογραφία μεγέθους ταυτότητας**
7. **Απόφαση απόσπασης/μετακίνησης από Υπηρεσία προς δημόσια δομή περιφέρειας ΙΣ Πατρών** (Ισχύει μόνο για δημόσιους λειτουργούς που εργάζονται με απόσπαση, δηλ η οργανική θέση ανήκει σε περιφέρεια άλλου Συλλόγου)
8. **Βιογραφικό** συνοδευόμενο από τίτλους ειδίκευσης και εξειδίκευσης, μεταπτυχιακών σπουδών και κάθε άλλης επιστημονικής εμπειρίας και κατάρτισης στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό.

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ/ΔΗΛΟΥΝΤΟΣ**