



ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΠΑΤΡΩΝ

**ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟ ΕΙΔΙΚΟ ΜΗΤΡΩΟ
ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΠΑΤΡΩΝ
(Άρθρο 295 του Ν. 4512/2018)**

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 οποιοδήποτε 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 ειδικευσης και εξειδίκευσης, μεταπτυχιακών σπουδών και κάθε άλλης επιστημονικής εμπειρίας και κατάρτισης στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ/ΔΗΛΟΥΝΤΟΣ