



## ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΠΑΤΡΩΝ

## ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΠΑΤΡΩΝ (ΕΚ ΜΕΤΕΓΓΡΑΦΗΣ ΑΠΟ ΆΛΛΟ Ι.Σ.)

Η ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ και ΚΑΤΑΤΙΘΕΤΑΙ ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ : \_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ : \_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ : \_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ : \_\_\_\_\_

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

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ : \_\_\_\_\_

ΑΡ. ΔΕΛΤ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ : \_\_\_\_\_

ΑΜΚΑ : \_\_\_\_\_

ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΕ ΕΙΔΙΚΟ ΜΗΤΡΩΟ ΤΟΥ Ι.Σ.: \_\_\_\_\_

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ : \_\_\_\_\_

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

Δ/ΝΣΗ ΕΠΑΓΓ. ΕΓΚ/ΣΗΣ : \_\_\_\_\_

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

ΙΔΟΤΗΤΑ 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 εγγεγραμμένος σε ειδικό μητρώο άλλων Ιατρικών Συλλόγων / Είμαι εγγεγραμμένος στο ειδικό μητρώο 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 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. **Απλό φωτοαντίγραφο** και των δύο όψεων της **ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ**.
    2. **Βεβαίωση απόδοσης ΑΜΚΑ** (Αν δεν περιλαμβάνεται στα δικαιολογητικά από τον ΙΣ που προέρχεται. -Μπορεί να κατατεθεί οιοδήποτε δημόσιο έγγραφο που αναφέρει τον ΑΜΚΑ)
    3. **Δήλωση του άρθρου 296 του ν 4512/2018** (Χορηγείται από την Υπηρεσία)
    4. **Καταβολή ετήσιας εισφοράς και δικαιώματος εγγραφής (εγγραφή 10,00 €)** Η ετήσια εισφορά δεν καταβάλλεται εάν έχει εξοφληθεί στον προηγούμενο Ιατρικό Σύλλογο.
    5. **1 φωτογραφία μεγέθους ταυτότητας**
    6. **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