

**ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

**ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΠΑΤΡΩΝ**

**(εκ μετεγγραφής από άλλο Ι.Σ.)**

**ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΠΑΤΡΩΝ**

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

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

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ/ΔΗΛΟΥΝΤΟΣ**