

**ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

**ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΠΑΤΡΩΝ**

**(1η εγγραφή σε Ιατρικό Σύλλογο)**

**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 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 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 ATTESTATO κα της μετάφρασής του.
2. **Απλό φωτοαντίγραφο** και των δύο όψεων της **ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ.**
3. **Ακριβές αντίγραφο ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ**(ένα από τα δύο που χορηγεί ο ΠΙΣ).
4. **Απλό φωτοαντίγραφο** **ΤΙΤΛΟΥ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ** (αν υπάρχει)
5. **Βεβαίωση απόδοσης ΑΜΚΑ** (Μπορεί να κατατεθεί οιοδήποτε 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 1ης εγγραφής**).**
8. **1 φωτογραφία μεγέθους ταυτότητας**
9. **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**