

ΠΡΟΣ:

Διοίκηση 5^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας
Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας

ΑΙΤΗΣΗ Α'

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ:

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:

ΑΔΤ:

ΑΜΚΑ:

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ:

ΚΑΤΟΙΚΟΣ:

ΟΔΟΣ-ΑΡΙΘΜΟΣ-ΤΚ:

email:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

Παρακαλώ όπως φροντίσετε για την εγγραφή μου στους Ονομαστικούς Καταλόγους του Εθνικού Μητρώου Αποκλειστικών Νοσοκόμων που τηρείται στην Υπηρεσία σας, προκειμένου να παρέχω τις υπηρεσίες μου σε ένα από τα κάτωθι Νοσηλευτικά Ιδρύματα, αρμοδιότητας της 5^{ης} Υ.ΠΕ. Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας, ή Ιδιωτικές κλινικές:

1.
2.
3.

Με την παρούσα υποβάλλω τα απαιτούμενα δικαιολογητικά.

Ο/Η αιτ.....

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ:

1. Φωτοαντίγραφο του τίτλου σπουδών (όσοι διαθέτουν)
2. Ισοτιμία και αντιστοιχία τίτλου σπουδών (όπου χρειάζεται)
3. Φωτοαντίγραφο βεβαίωσης-πρώην άδειας άσκησης επαγγέλματος νοσηλευτή/τριας ή βοηθού νοσηλευτή/τριας (όσοι διαθέτουν)
4. Φωτοαντίγραφο άδειας εργασίας από τον ΕΦΚΑ
5. Βεβαίωση από τον ΕΦΚΑ, από την οποία προκύπτουν τα ένσημα της/του απασχολούμενης/ου.
6. Φωτοτυπία της σχετικής σελίδας του βιβλιαρίου ΕΦΚΑ με την ανανέωση για το τρέχον έτος
7. Πιστοποιητικό ελληνομάθειας (όπου χρειάζεται)
8. Φωτοαντίγραφο των δύο όψεων της αστυνομικής ταυτότητας.
9. Πρόσφατη φωτογραφία
10. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.
11. Αντίγραφο εκκαθαριστικού σημειώματος του προηγούμενου οικονομικού έτους
12. Υπεύθυνη δήλωση για την ακρίβεια των στοιχείων που έχουν δηλωθεί

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:/...../2025