|  |
| --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ ΓΙΑ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΔΟΜΩΝ ΈΤΕΡΩΝ ΥΠΕ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΛΥΨΗΣ ΈΚΤΑΚΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΥΣ ΘΕΡΙΝΟΥΣ ΜΗΝΕΣ ΑΠΟ 01.06.2023 ΕΩΣ 30.09.2023** |
|  | **ΠΡΟΣ:** |
|  | **………….ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (ΥΠΕ ΦΟΡΕΑ ΥΠΟΔΟΧΗΣ)****ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:****…………. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (ΥΠΕ ΦΟΡΕΑ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ)** |
|  |
| ΟΝΟΜΑ: |
| ΕΠΙΘΕΤΟ: | α. Προτιμώμενη Δομή Υγείας μετακίνησης (σύμφωνα με τις εγκεκριμένες ανάγκες ΥΠΕ του αναρτημένου Πίνακα):……………………………………………………………………………………………β. Προτιμώμενη χρονική περίοδος μετακίνησης (**ΔΕ** δύναται να υπερβαίνει τον έναν (1) μήνα):……………………………………………………………………………………………. Ημερομηνία ………………………………………. Ο/Η Αιτών/ούσα |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: |
| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ: |
| ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ/ΒΑΘΜΙΔΑ (ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ): |
| ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ/ΚΛΑΔΟΣ (ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ/ΛΟΙΠΟ): |
| ΣΧΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ (ΜΟΝΙΜΟ/ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟ): |
| ΦΟΡΕΑΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ: |
| ΤΗΛ./ΚΙΝ. ΤΗΛ.: |
| Ε-ΜΑΙL: |
|  |
|  |
|  |  |