

 ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΚΛΗΡΩΣΗ

 (άρθρο 8 Ν. 1599/86)

|  |
| --- |
| Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή την δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων Υπηρεσιών (άρθρο 8, παρ 4, Ν 1599/1986) |

## Προς: Περιφέρεια Αττικής - Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας - Τμήμα Ειδικοτήτων

**Ο-Η Όνομα\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Επώνυμο\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Όνομα & Επώνυμο Πατέρα\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Όνομα & Επώνυμο Μητέρας\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ημερομηνία Γέννησης\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Τόπος κατοικίας\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Οδός\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Αριθ. \_\_\_\_\_\_\_Τ.Κ.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Τηλέφωνο\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Κινητό\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Με ατομική μου ευθύνη & γνωρίζοντας για τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:**

1. **α) Έχω υποβάλλει άλλη αίτηση για ειδίκευση στην Οδοντιατρική Ειδικής Φροντίδας στο\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **β) Έχω ασκηθεί για ειδικότητα (περιλαμβάνεται και η υπηρεσία υπαίθρου)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **Δεν συμμετέχω σε κλήρωση για κάλυψη νεοσύστατης θέσης που διεξάγεται την ίδια ημέρα.**
2. **α. Δεν είμαι διορισμένος ή δεν έχει ξεκινήσει η διαδικασία διορισμού μου για ειδίκευση σε**

**νοσηλευτικό ίδρυμα που χορηγεί πλήρη χρόνο άσκησης στην ειδικότητα της Οδοντιατρικής Ειδικής Φροντίδας.**

**β. Δεν είμαι διορισμένος, δεν έχει ξεκινήσει η διαδικασία διορισμού μου ή δεν είμαι σε αναμονή για ειδίκευση σε ειδικότητα διάφορη της Οδοντιατρικής Ειδικής Φροντίδας. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **Σε περίπτωση που δεν κληρωθώ επιθυμώ: (κυκλώστε αναλόγως)
α) Να παραμείνω στην λίστα που θα προκύψει από την κλήρωση.
β) Να παραμείνω στην λίστα που τυχόν είμαι εγγεγραμμένος.
γ) Θα υποβάλω εκ νέου αίτηση για ειδίκευση σε νοσοκομείο επιλογής μου.**
2. **Δεν έχω συμπληρώσει χρόνο άσκησης για την απόκτηση τίτλου Οδοντιατρικής Ειδικότητας.**
3. **Λαμβάνω γνώση ότι σε περίπτωση αλλαγής ειδικότητας γίνονται μισθολογικές κρατήσεις για τυχόν πλεονάζοντα χρόνο ειδίκευσης που δεν συμπεριλαμβάνεται στην νέα μου ειδικότητα.**
4. **Έχω υπηκοότητα\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Ημερομηνία: ……/……/………….**

**Ο-Η Δηλ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**