



ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΕΥΒΟΙΑΣ

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
_____	_____	_____	_____	_____

ΙΔΙΟΤΗΤΑ 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 Ι.Σ. ΕΥΒΟΙΑΣ
 - 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 οποιοδήποτε 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 20,00 €)** Η ετήσια εισφορά δεν καταβάλλεται εάν έχει εξοφληθεί στον προηγούμενο Ιατρικό Σύλλογο.
 5. **1 φωτογραφία μεγέθους ταυτότητας**
 6. **Βιογραφικό** συνοδευόμενο από τίτλους ειδικευσης και εξειδίκευσης, μεταπτυχιακών σπουδών και κάθε άλλης επιστημονικής εμπειρίας και κατάρτισης στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ/ΔΗΛΟΥΝΤΟΣ