ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΚΛΗΡΩΣΕΩΝ

**(ΆΡΘΡΟ 8 Ν.1599/86)**

**Προς:**  **Περιφέρεια Ηπείρου -Δ/νση Δημόσιας Υγείας**

**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 (κυκλώνετε και συμπληρώνετε αναλόγως):**

1. **Κατέχω - Δεν κατέχω έμμισθη θέση ειδικευομένου………………………………………… \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **Έχω – Δεν έχω υποβάλλει άλλη αίτηση για ειδίκευση ………………………………..…….. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
3. **Έχω- Δεν έχω ασκηθεί για ειδικότητα (περιλαμβάνεται και η υπηρεσία υπαίθρου) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
4. **Δεν συμμετέχω σε κλήρωση για κάλυψη νεοσύστατης θέσης που διεξάγεται την ίδια ημέρα**
5. **Έχει – Δεν έχει ξεκινήσει η διαδικασία διορισμού μου στο ……………………………….. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
6. **Σε περίπτωση που δεν κληρωθώ επιθυμώ:  
   α) Να παραμείνω στην λίστα που θα προκύψει από την κλήρωση  
   β) Να παραμείνω στην λίστα που είμαι εγγεγραμμένος  
   γ) Να υποβάλω εκ νέου αίτηση για ειδίκευση (για αυτούς που τυχόν δεν εκκρεμεί αίτησή τους για ειδίκευση)**
7. **Δεν έχω συμπληρώσει χρόνο άσκησης για την απόκτηση τίτλου Ιατρικής Ειδικότητας**
8. **Έχω………………………………………………………. υπηκοότητα**

**Ημερομηνία: ……/……/……**

**Ο-Η Δηλ**

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