

ΑΙΤΗΣΗ ΠΡΩΤΗΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

ΠΡΟΣ: ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΣΕΡΡΩΝ

Αριθμός πρωτοκόλλου	
---------------------	-------

Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ / ΑΙΤΟΥΣΑΣ

Επώνυμο	
Όνομα	
Όνομα πατέρα	
Όνομα μητέρας	
Ειδικότητα	
ΑΜΚΑ	
Α.Δ.Τ.	
Ημερομηνία γέννησης	
Τόπος γέννησης	
Διεύθυνση	
Πόλη	
Τ.Κ.	
Τηλέφωνο	
ΑΦΜ	
Email	

Β. ΔΗΛΩΣΗ ΕΜΜΙΣΘΗΣ ΘΕΣΗΣ

- ☐ Κατέχω έμμισθη θέση στο:
- ☐ Δεν κατέχω καμία έμμισθη θέση (σε ιδιωτικό ή δημόσιο φορέα).

Γ. ΑΙΤΗΜΑ

Σας παρακαλώ να εγκρίνετε την πρώτη εγγραφή μου στα μητρώα του Ιατρικού Συλλόγου Σερρών και να μου χορηγήσετε τη σχετική βεβαίωση εγγραφής.

Δ. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν. 1599/1986)

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από την παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

- Δεν είμαι μέλος άλλου Ιατρικού Συλλόγου, ούτε έχω εγγραφεί μέχρι σήμερα σε άλλον Ιατρικό Σύλλογο στην Ελλάδα.
- Δεν είμαι εγγεγραμμένος/η σε ειδικό μητρώο άλλου Ιατρικού Συλλόγου.
- Δεν έχω υποστεί στέρηση πολιτικών δικαιωμάτων.
- Δεν μου έχει ανακληθεί ή ανασταλεί για οποιονδήποτε λόγο η άδεια ή η βεβαίωση άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, ούτε διώκομαι σήμερα πειθαρχικά.
- Δεν έχω καταδικαστεί τελεσίδικα για ατιμωτικό αδίκημα, σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις της ποινικής νομοθεσίας.
- Σε περίπτωση οποιασδήποτε μεταβολής των στοιχείων μου (επαγγελματικών ή ταυτοποιητικών), υποχρεούμαι εντός δέκα (10) ημερολογιακών ημερών από την ημέρα της μεταβολής να το δηλώσω στον Ιατρικό Σύλλογο Σερρών.
- Τα στοιχεία της αίτησής μου, καθώς και τα στοιχεία που αναφέρονται στα επισυναπτόμενα δικαιολογητικά μου, είναι ακριβή και αληθή.

Ε. ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

- ☐ Άδεια / Βεβαίωση άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
- ☐ Επικυρωμένο αντίγραφο πτυχίου (με επίσημη μετάφραση και Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π., αν είναι από το εξωτερικό).
- ☐ Αστυνομική ταυτότητα ή διαβατήριο.
- ☐ Μία (1) έγχρωμη φωτογραφία (για την ιατρική ταυτότητα).
- ☐ Παράβολο εγγραφής (100€).

Σέρρες, / / 20.....

Ο/Η Αιτών/Αιτούσα

Υπογραφή: