

ΕΠΩΝΥΜΟ: ..... ΟΝΟΜΑ: .....  
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ: ..... ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ: .....  
ΗΜΕΡ. ΓΕΝ.: ..... ΤΟΠΟΣ ΓΕΝ.: ..... ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ: .....  
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤ.: ΠΟΛΗ: ..... ΟΔΟΣ: ..... ΑΡΙΘ.: .....  
Τ.Κ.: ..... ΑΡΙΘΜ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ: ..... ΚΙΝΗΤΟ: .....  
Δ/ΝΣΗ ΙΑΤΡΕΙΟΥ: .....  
ΑΡΙΘ. ΤΑΥΤ.: ..... ΧΡΟΝ. ΕΚΔΟΣ.: ..... ΑΡΧΗ ΕΚΔ.: .....  
Α.Φ.Μ.: ..... Α.Μ.Κ.Α.: ..... ΑΡΙΘΜ. ΤΣΑΥ.....

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΕΓΓΑΜΟΣ : , ΑΓΑΜΟΣ: , ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ: , ΤΕΚΝΑ:   
- Έχω εκπληρώσει την υποχρεωτική Υπηρεσία Υπαίθρου : ΝΑΙ :  ΟΧΙ :   
- Έχω εκπληρώσει τη στρατιωτική θητεία : ΝΑΙ :  ΟΧΙ :

**Προς το Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ.**

**Παρακαλώ όπως συνάψω σύμβαση μίσθωσης έργου του Ν. 3302/04,  
Ν.3302/04 & Ν.3518/06 διάρκειας 12 μηνών με το Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ.,  
για τις ανάγκες της ΝΜΥ/ΤΜΥ/ΥΠ/ΜΑ/ΝΟΣ/ΜΕΙΟ.....**

**1. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ:**

α) Πανεπιστήμιο: ..... Χρόνος αποφοίτησης: .....

2. ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ : ..... Αριθ. & Χρόνος εκδ. απόφασης: .....

**3. ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ**

α) Διδακτορικό.....

β) Άλλοι μεταπτυχιακοί τίτλοι.....

**4. ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ**

**5. ΕΜΠΕΙΡΙΑ**

**6. ΔΕΥΤΕΡΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ / ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ**

Φορέας: .....

α) Σχέση εργασίας (συμπληρώνεται σε περίπτωση δεύτερης απασχόλησης)

β) Είμαι μέτοχος κλινικών ή εργαστηριακών, εγώ ή σύζυγός μου ή τα τέκνα μου:

ΝΑΙ :  ΟΧΙ :

γ) Απασχολούμαι σε ιδιωτικές κλινικές ή εργαστήρια, που έχουν σύμβαση με το Ι.Κ.Α. – ΕΤΑΜ

ΝΑΙ :  ΟΧΙ :

(Αν **ναι** να αναφερθεί το όνομα της κλινικής ή εργαστηρίου)

δ) Έχω απολυθεί από το Ι.Κ.Α. – ΕΤΑΜ ή άλλο φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης εξαιτίας πειθαρχικού ή άλλου παραπτώματος

ΝΑΙ :  ΟΧΙ :

**7. ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΚΑΤΑ ΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΣΤΟ Ι.Κ.Α.:**

Μονάδα Υγείας..... από ..... έως .....

Αποχώρησα λόγω: .....

**8. ΕΧΩ ΓΝΩΣΗ ΧΕΙΡΙΣΜΟΥ Η/Υ :**

ΝΑΙ :  ΟΧΙ :

**9. ΔΙΑΘΕΤΩ Η/Υ :**

ΝΑΙ :  ΟΧΙ :

..... / ..... / 2010  
Ο/Η ΑΙΤ & ΥΠΕΥΘΥΝΩΣ ΔΗΛ