

ΑΙΤΗΣΗ

ΣΥΜΒΑΣΗΣ ΙΑΤΡΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΕΤΑΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΩΝ ΟΔΗΓΩΝ ΚΑΙ ΟΔΗΓΩΝ

Προς:	τη Δ/ΝΣΗ ΜΕΤΑΦΟΡΩΝ & ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΩΝ της Περιφερειακής Ενότητας ΗΜΑΘΙΑΣ	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
-------	---	--------------------	------------

Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ / ΟΥΣΑΣ

Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα Πατέρα:		Αρ. Δελτίου Ταυτότητας:	
Α.Φ.Μ.:		Α. Μ. Τ.Σ.Α.Υ.:	
Α. Μ. Ιατρικού Συλλόγου Ημαθίας:		Ειδικότητα:	
Πλήρης Διεύθυνση ιατρείου:		Τ.Κ.:	
Τηλέφωνο Ιατρείου:		Κινητό τηλέφωνο:	
Διεύθυνση Ηλεκτρονικού Ταχυδρομείου (e-m@il):			

Παρακαλώ για την υπογραφή Σύμβασης τριετούς διάρκειας μεταξύ εμού και της Δ/σης Μεταφορών και Επικοινωνιών της Περιφερειακής Ενότητας Ημαθίας, προκειμένου να εξετάζω ιατρικώς τους υποψηφίους οδηγούς και οδηγούς, σύμφωνα με τις διατάξεις του ΠΔ. 51/2012 (ΦΕΚ 101/Α/2012) όπως θα ισχύει. *

Συνημμένα υποβάλλω:

Πρόσφατη «**Βεβαίωση Νόμιμης Λειτουργίας Ιατρείου**»
από τον ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΗΜΑΘΙΑΣ

Βέροια,/...../20....
Ο-Η ΑΙΤ.....
(Υπογραφή-Σφραγίδα Ιατρού)

* Σημαντική σημείωση:

Κατά την υπογραφή της σύμβασης, ο γιατρός θα πρέπει να έχει μαζί του οποιοδήποτε στοιχείο ταυτοπροσωπίας (Ταυτότητα, Διαβατήριο ή άλλο Δημόσιο Έγγραφο), καθώς και τη σφραγίδα του.