



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
 ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
 1<sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ  
**ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ**  
 ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ  
 ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ  
 ΤΜΗΜΑ: Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού  
 Οδός: Σπ. Θεολόγου 1 & Λ. Φυλής 8η στάση  
 ΤΚ 13122 Ίλιον Αττικής  
 Πληροφορίες: Φ. Πατσαούρα  
 Τηλέφωνο: 213 2015 362  
 e-mail: [dad@eka-hosp.gr](mailto:dad@eka-hosp.gr)

**ΘΕΜΑ: «ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΕΝΑΝ (1) ΙΔΙΩΤΗ ΚΛΑΔΟΥ & ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΠΕ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ»**

Ο Αν. Διοικητής του ΕΘΝΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (Ε.Κ.Α.), έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του ν.3329/2005 (Α' 81) «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις», όπως ισχύουν.
2. Το άρθρο 41 του ν.4058/2012 όπως ισχύει, βάσει του οποίου ορίζεται ότι: «Τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., το Ν.Ι.Μ.Τ.Σ., ο Ε.Ο.Δ.Υ., ο Ο.ΚΑ.ΝΑ., το Κ.Ε.Θ.Ε.Α., η Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε., το Ε.ΚΕ.Ψ.Υ.Ε., η Ε.Κ.Α.Π.Τ.Υ. Α.Ε. ο Ε.Ο.Φ., η Ι.Φ.Ε.Τ. ΜΑΕ, το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.), το «Εθνικό Κέντρο Αιμοδοσίας» και ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ., με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου τους, και τα στρατιωτικά νοσοκομεία, με απόφαση του Διοικητή τους, καθώς και τα Κέντρα Υγείας νησιωτικών, ορεινών και απομακρυσμένων περιοχών ή των περιοχών όπου έχουν εξαντληθεί οι υποψήφιοι επικουρικοί ιατροί από τους αντίστοιχους ηλεκτρονικούς καταλόγους των Υ.ΠΕ., με απόφαση του Διοικητή της αρμόδιας Υ.ΠΕ., δύνανται για την κάλυψη των αναγκών τους σε προσωπικό και για την προσήκουσα λειτουργία τους, εφόσον δεν επαρκεί το προσωπικό τους, να συνεργάζονται με ιατρούς κάθε ειδικότητας, οδοντιάτρους, ακτινοφυσικούς, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, κοινωνιολόγους, νοσηλευτές, ΤΕ Ραδιολογίας Ακτινολογίας, ΔΕ Χειριστών Εμφανιστών, ΤΕ Ιατρικών Εργαστηρίων, ΔΕ Βοηθών Ιατρικών και Βιολογικών εργαστηρίων, ΔΕ Τεχνικών (Ηλεκτρολόγων, Υδραυλικών Θερμοϋδραυλικών), ΤΕ Διοίκησης Μονάδων Υγείας, ΤΕ Διοικητικού Λογιστικού, ΠΕ Φαρμακοποιών, ΔΕ Βοηθών Φαρμακοποιών, ΔΕ Πληρωμάτων Ασθενοφόρων, ΔΕ Οδηγών, ΔΕ Μηχανοτεχνιτών Οχημάτων, ΠΕ Θετικών Επιστημών, ΠΕ Μηχανικών και ΠΕ Βιολόγων και ειδικούς θεραπευτές πρώην εξαρτημένους, οι οποίοι

έχουν ολοκληρώσει με επιτυχία θεραπευτικό πρόγραμμα των εγκεκριμένων Οργανισμών ή Φορέων του ν.4139/2013 (Α' 74), με καθεστώς έκδοσης από αυτούς δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους. Η συνεργασία με τους ανωτέρω πραγματοποιείται κατά παρέκκλιση του άρθρου 6 του ν. 2527/1997 (Α' 206), καθώς και της περ. α' της παρ. 20 του ένατου άρθρου του ν. 4057/2012 (Α' 54), μετά από πλήρως αιτιολογημένη έκθεση του φορέα και απόφαση του Υπουργού Υγείας ή του Υπουργού Εθνικής Άμυνας, αντίστοιχα».

Ότι η παρ. 1 του άρθρου 41 του ν. 4058/2012, μετά την τροποποίησή της με το άρθρο 34 του ν. 5161/2024 (Α' 196), περιλαμβάνει πλέον μεταξύ των κλάδων και ειδικοτήτων που μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες με καθεστώς έκδοσης δελτίου παροχής υπηρεσιών και τους εξής: ΠΕ/ΤΕ Εργοθεραπείας, ΠΕ/ΤΕ Διαιτολογίας, ΠΕ/ΤΕ Φυσικοθεραπείας, ΠΕ/ΤΕ Λογοθεραπείας, ΠΕ/ΤΕ Μαιευτικής, ΠΕ Κοινωνικής Υγείας, ΤΕ Επισκεπτών Υγείας, ΠΕ και ΤΕ Πληροφορικής, καθώς και ΔΕ Υποστηρικτικού Προσωπικού ειδικότητας ΔΕ Γενικών Καθηκόντων.

3. Την Γ4β/ΓΠοικ.91125/27.12.2019 (ΥΟΔΔ 1110), υπουργική απόφασης περί διορισμού κοινού Διοικητή στο ΓΝΑ ΚΑΤ-ΕΚΑ.
4. Την Γ4β/ΓΠοικ.62/02.01.2023(ΥΟΔΔ 12), υπουργική απόφασης περί παράτασης θητείας του κοινού Διοικητή ΓΝΑ ΚΑΤ-ΕΚΑ.
5. Την Γ4β/Γ.Π.21258/14.05.2025 (ΥΟΔΔ 572), υπουργική απόφασης περί λήξης της θητείας του κοινού Διοικητή ΓΝΑ ΚΑΤ-ΕΚΑ, ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΥ ΙΩΑΝΝΗ και εκ νέου διορισμός.
6. Την Γ4β/ΓΠοικ.49371/11.08.2021(ΥΟΔΔ 665), υπουργική απόφασης περί διορισμού Αναπληρωτή Διοικητή στο ΕΚΑ.
7. Την Γ4β/Γ.Π.οικ.50653/26.09.2024 υπουργική απόφασης περί παράτασης θητείας Αναπληρωτή Διοικητή στο ΕΚΑ.
8. Την Γ4β/Γ.Π.οικ.18363/22.04.2025 (ΥΟΔΔ 459), υπουργική απόφασης περί λήξης της θητείας του Αναπληρωτή Διοικητή του Εθνικού Κέντρου Αποκατάστασης, ΨΑΡΡΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ και εκ νέου διορισμός.
9. Το με αρ.ΔΣ 689/20.08.2021 ΓΝΑ ΚΑΤ-ΕΚΑ, έγγραφο του Κοινού Διοικητή ΓΝΑ ΚΑΤ – ΕΚΑ, σχετικά με τη μεταβίβαση αρμοδιοτήτων στον Αναπληρωτή Διοικητή του ΕΚΑ.
- 10.Την Α3α/42099/14/2015 ΚΥΑ (Β' 202) Οργανισμός του ΕΚΑ.
- 11.Την Υ4α/οικ.84627/11 Υ.Α. (Β' 1681) «Διασύνδεση Νοσοκομείων και καθορισμός του τρόπου διασύνδεσής τους και λειτουργίας τους».
- 12.Το υπ'αρ.6/θ. 17ο/13.06.2026 απόσπασμα πρακτικού του Δ.Σ. του Γ.Ν.Α. ΚΑΤ-ΕΚΑ.
- 13.Την 3487/03.04.2026 Βεβαίωση Δέσμευσης Πίστωσης του τμήματος Οικονομικού

του ΕΚΑ.

14.Το 3497/03.04.2026 έγγραφο του ΕΚΑ προς την 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ Αττικής αναφορικά με τη συνεργασία του νοσοκομείου με έναν (1) εξωτερικό συνεργάτη ειδικότητας ΠΕ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ και έναν (1) εξωτερικό συνεργάτη ειδικότητας ΠΕ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ (SOFTWARE-HARDWARE) ή ΤΕ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ (SOFTWARE Ή HARDWARE), για την κάλυψη των αναγκών του ΕΚΑ, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών.

15.Το 21605/11-05-2026 έγγραφο της 1ης ΥΠΕ Αττικής προς το Υπουργείο Υγείας αναφορικά με τη συνεργασία του νοσοκομείου με έναν (1) εξωτερικό συνεργάτη ειδικότητας ΠΕ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ και έναν (1) εξωτερικό συνεργάτη ειδικότητας ΠΕ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ (SOFTWARE-HARDWARE) ή ΤΕ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ (SOFTWARE Ή HARDWARE), για την κάλυψη των αναγκών του νοσοκομείου, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών.

16.Την Γ4β/21796/29-05-2026 Εγκριτική Απόφαση συνεργασίας του ΕΘΝΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ, αρμοδιότητας 1ης Υ.Πε. Αττικής, με έναν (1) εξωτερικό συνεργάτη ειδικότητας ΠΕ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ και έναν (1) εξωτερικό συνεργάτη ειδικότητας ΠΕ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ (SOFTWARE-HARDWARE) ή ΤΕ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ (SOFTWARE Ή HARDWARE), με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών.

### ΚΑΛΕΙ

τους/τις ενδιαφερόμενους/ες κλάδου & ειδικότητας ΠΕ **Φυσικοθεραπείας**, σε συνεργασία, σύμφωνα με το άρθρο 41 του ν.4058/2012 όπως ισχύει, με τη Διοίκηση του **ΕΘΝΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (Ε.Κ.Α.)** για τη σύναψη σύμβασης, με καθεστώς έκδοσης από αυτούς/ές δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών, για πλήρη απασχόληση, για χρονικό διάστημα δώδεκα (12) μηνών, με μηνιαίες αποδοχές αυτές του επικουρικού υπαλλήλου κατά την κείμενη νομοθεσία, για την κάλυψη των αναγκών του Νοσοκομείου.

Α/Α	ΚΛΑΔΟΣ /ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΣΕΩΝ	ΕΙΔΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ (σε μήνες)
1	ΠΕ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	1	ΠΛΗΡΗΣ	12

#### Α. ΟΙ ΥΠΟΨΗΦΙΟΙ/ΕΣ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ:

- Να έχουν την Ελληνική Ιθαγένεια πλην όσων προέρχονται από Κράτη Μέλη της Ε.Ε.
- Να έχουν την υγεία και φυσική καταλληλότητα που απαιτείται για την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης που επιλέγουν.
- Να μην έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα.
- Οι άνδρες να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν νόμιμη απαλλαγή.

- Να εγγραφούν στη Δ.Ο.Υ. ως επιτηδευματίες, έπειτα από τη σύναψη σύμβασης συνεργασίας.
- Να κατέχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών.

## **Β. ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:**

Τα δικαιολογητικά που απαιτούνται και θα κατατεθούν με την αίτηση υποψηφιότητας είναι τα εξής:

1. Αίτηση-Δήλωση (υπόδειγμα της αίτησης-δήλωσης ακολουθεί στο Παράρτημα Ι), η οποία συμπληρώνεται με ακρίβεια και σε όλα τα στοιχεία που περιλαμβάνει.
2. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986, από την πλατφόρμα gov.gr ή από το ΚΕΠ με γνήσιο της υπογραφής, στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα.
3. Αντίγραφο Αστυνομικού Δελτίου Ταυτότητας.
4. Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης.
5. Αντίγραφο Πτυχίου ή διπλώματος Φυσικοθεραπείας ΠΕ (Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης) της ημεδαπής ή αναγνωρισμένος τίτλος της αλλοδαπής ή τίτλος για τον οποίο έχουν αναγνωρισθεί επαγγελματικά δικαιώματα ή επαγγελματική ισοδυναμία σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία και άδεια άσκησης επαγγέλματος Φυσικοθεραπευτή σε ισχύ. Σε περίπτωση πτυχίου πανεπιστημίου της αλλοδαπής απαιτείται το πτυχίο με τη σφραγίδα της Χάγης, η επίσημη μετάφρασή του και η απόφαση ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ. Όλα τα ξενόγλωσσα πτυχία και πιστοποιητικά θα πρέπει απαραίτητως να έχουν μεταφραστεί επίσημα στην ελληνική γλώσσα από τις αρμόδιες προς τούτο αρχές της ημεδαπής. Στα απλά φωτοαντίγραφα των ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών θα πρέπει να φαίνεται και η σφραγίδα της Χάγης (APOSTILLE) που έχει τεθεί στο πρωτότυπο πτυχίο ή πιστοποιητικό. Σε κάθε περίπτωση και σύμφωνα με τα οριζόμενα στις με αρ.ΔΙΣΚΠΟ/Φ.15/οικ.8342/01.04.2014 (ΑΔΑ:ΒΙΗΟΧ6ΥΖ) και ΔΙΑΔΠ/ΦΑ.2.3/21119/01.09.2014(ΑΔΑ:ΒΜ3ΛΧ-ΥΝ9) εγκυκλίου του Υπουργείου Εσωτερικών και Διοικητικής Ανασυγκρότησης, γίνονται υποχρεωτικά αποδεκτά ευκρινή φωτοαντίγραφα ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών, υπό την προϋπόθεση ότι τα έγγραφα αυτά έχουν επικυρωθεί πρωτίστως από δικηγόρο.
6. Αντίγραφο Απόφασης Άδειας Άσκησης Επαγγέλματος στην Ελλάδα.
7. Ταυτότητα μέλους του Πανελληνίου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών (Π.Σ.Φ.)
8. Φορολογική Ενημερότητα.
9. Ασφαλιστική Ενημερότητα.
10. Βεβαίωση έναρξης εργασιών φυσικού προσώπου επιτηδευματία.
11. Βιογραφικό Σημείωμα με αναφορά στην προϋπηρεσία και στο επιστημονικό έργο (περιληπτική αναφορά).

12. Υπεύθυνη δήλωση του ν.1599/1986, από την πλατφόρμα gov.gr ή από το ΚΕΠ με γνήσιο της υπογραφής, στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν λαμβάνουν επίδομα Δ.Υ.Π.Α. και δεν κατέχουν έμμισθη θέση στο Ελληνικό Δημόσιο.

13. Για τους άνδρες: Πιστοποιητικό στρατολογικής κατάστασης τύπου Α' ή βεβαίωση οριστικής απόλυσης από τις τάξεις του Ελληνικού Στρατού. Όπου στον τύπο Α, προκύπτει αναβολή στράτευσης, αυτή θα πρέπει να υπερβαίνει το έτος από την ημερομηνία λήξης της παρούσας πρόκλησης.

#### **Γ. ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ-ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ:**

Ο/Η υπάλληλος θα παρέχει τις υπηρεσίες του/της με πλήρη απασχόληση σε ωράριο που διαμορφώνεται κατά τα ισχύοντα και για τους μόνιμους και επικουρικούς υπαλλήλους.

Ο/Η υπάλληλος υπόκειται διοικητικά και επιστημονικά στο Αυτοτελές Γραφείο Φυσικοθεραπείας, στην Διεύθυνση της Ιατρικής Υπηρεσίας & στον Αν. Διοικητή του Νοσοκομείου, εφαρμοζόμενων αναλογικά των οριζόμενων στο ν.3329/2005 ως προς την διοικητική και επιστημονική εποπτεία του.

Η αποζημίωση του/της θα είναι ίση με τις μηνιαίες αποδοχές, κατά την κείμενη νομοθεσία του επικουρικού υπαλλήλου.

#### **Δ. ΑΙΤΗΣΕΙΣ –ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ:**

Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να στείλουν την αίτησή τους (η οποία υπέχει και θέση Υπεύθυνης Δήλωσης) με τα απαιτούμενα δικαιολογητικά αυτοπροσώπως, είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο ή ταχυδρομικά με συστημένη αποστολή, στη διεύθυνση: **«ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ Τμήμα Γραμματείας, γραφείο πρωτοκόλλου, Σπ. Θεολόγου 1 & Λ. Φυλής 8η στάση, Τ.Κ 13122, Ίλιον»** με την ένδειξη **«Για την Πρόσκληση Ενδιαφέροντος για συνεργασία με ιδιώτη κλάδου και ειδικότητας ΠΕ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ»**.

**Η προθεσμία υποβολής των αιτήσεων ορίζεται από 10/06/2026 έως και 16/06/2026.**

Το ανωτέρω χρονικό διάστημα θα προκύπτει από την σφραγίδα του Ταχυδρομείου. Αιτήσεις που θα υποβληθούν πριν ή μετά το ανωτέρω χρονικό διάστημα δεν θα ληφθούν υπόψη.

#### **Ε. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ:**

Οι ενδιαφερόμενοι για οποιαδήποτε πληροφορία μπορούν να απευθύνονται στο Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού του Ε.Κ.Α. κατά τις εργάσιμες ημέρες και ώρες στο τηλέφωνο: 213 2015362 & 213 2015263.

#### **ΣΤ. ΕΠΙΛΟΓΗ:**

Την καταλληλότητα των υποψηφίων θα κρίνει τριμελής Επιτροπή που θα οριστεί από την Διοίκηση του ΕΚΑ. Υποβληθείσα αίτηση η οποία δεν πληροί τις προϋποθέσεις υποβολής

και όλα τα απαιτούμενα για τη θέση δικαιολογητικά και προσόντα δεν βαθμολογείται και απορρίπτεται.

Η παρούσα Πρόσκληση αναρτάται στη ΔΙΑΥΓΕΙΑ σύμφωνα με τις διατάξεις του ν. 3861/2010 (Α'112), στον ιστότοπο του Νοσοκομείου καθώς και στον πίνακα ανακοινώσεων.

Της παρούσας είναι ενήμερος ο κοινός Διοικητής ΓΝΑ ΚΑΤ-ΕΚΑ.

Ο ΑΝ. ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΝΙΚΟΣ  
ΨΑΡΡΟΣ

**Εσωτερική διανομή:**

1. Γραφείο Αν. Διοικητή
2. Διευθύντρια Ιατρικής Υπηρεσίας
3. Διοικητική Διεύθυνση
4. Υποδιεύθυνση Διοικητικού
5. Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού

## Παράρτημα Ι

<b><u>ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ ΚΛΑΔΟΥ/ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΠΕ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΓΙΑ ΠΛΗΡΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΣΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ</u></b>	
	<p>ΠΡΟΣ: <b>ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ</b></p> <p>Παρακαλώ όπως κάνετε αποδεκτό το αίτημά μου για συνεργασία με τη Διοίκηση του ΕΘΝΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ, σύμφωνα με το άρθρο 41 του ν.4058/2012 όπως ισχύει, για απασχόληση στο Νοσοκομείο σας ως εξωτερικός συνεργάτης κλάδου &amp; ειδικότητας ΠΕ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ</p>
ΟΝΟΜΑ:	Δηλώνω υπεύθυνα ότι:
ΕΠΙΘΕΤΟ:	A) Αποδέχομαι τους όρους της υπ' αρ. πρωτ. ....πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:	
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:	B) Διαθέτω όλα τα δικαιολογητικά που αποδεικνύουν όσα αναφέρω στην παρούσα (σε πρωτότυπα αντίγραφα)
ΑΔΤ Ή ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:	
ΚΑΤΟΙΚΟΣ:	Γ) Για την έναρξη συνεργασίας και την είσπραξη της συμφωνηθείσας αποζημίωσης δεν συντρέχει κανένα κώλυμα στο πρόσωπό μου και σε αντίθετη περίπτωση, θα φροντίσω για την άρση κάθε κωλύματος για το σκοπό αυτό, εφόσον η παρούσα αίτησή μου γίνει αποδεκτή.
ΟΔΟΣ – ΑΡΙΘΜΟΣ:	
ΤΚ:	
ΤΗΛ:	
ΚΙΝ. ΤΗΛ.:	
ΚΛΑΔΟΣ/ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:	Ημερομηνία, .....
ΑΜΚΑ:	Ο/Η Δηλ.
ΑΦΜ:	
EMAIL:	..... (Υπογραφή υποψήφιου)