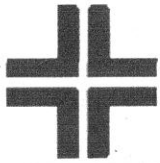


ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



6^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ
ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΑΡΤΗΣ

Ημερομηνία: 27/05/2026

Αρ. Πρωτ.: Φ/ΤΠ/17/5391

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Υποδιεύθυνση Διοικητικού, Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού
Πληροφορίες: Κωνσταντίνα Τζουμελέκα, Τηλ.: 2731093381, E-mail: ktzoumel@hosplak.gr

**ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΚΩΝΙΑΣ - Ο.Μ.Ε. ΣΠΑΡΤΗΣ «Ι. & ΑΙΚ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ» ΜΕ ΙΔΙΩΤΗ
ΙΑΤΡΟ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ, ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ
ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

Η Διοικήτρια του Γενικού Νοσοκομείου Λακωνίας

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 41 του **Ν. 4058/2012** (ΦΕΚ 63/Α'/2012), όπως έχει διαμορφωθεί με το αρ. 104 του ν. 5034/2023 και έχει τροποποιηθεί με το αρ 5 του ν. 5046/23 (ΦΕΚ 137/Α/29-7-23).
2. Την **Υ4α/οικ.43106/20-4-2012** (ΦΕΚ 1486/τ.Β'/04-05-2012) Κοινή Υπ. Απόφαση «Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης «Ι. & ΑΙΚ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ».
3. Την αριθ. **Υ4α/οικ.123794/31-12-12** (ΦΕΚ3486/τ.Β'/31-12-2012) Υπ. Απόφαση «Ενοποιημένος οργανισμός του Γ.Ν. Σπάρτης & του Γ.Ν. - Κ.Υ. Μολάων».
4. Την υπ' αριθμ. Γ4β/Γ.Π.οικ.33808/29.7.2025 (ΦΕΚ 985/ τ.Υ.Ο.Δ.Δ./5.8.2025) απόφαση του Υπουργού & Υφυπουργού Υγείας, η οποία εκδόθηκε σύμφωνα με τις διατάξεις του ν. 5062/2023 περί διορισμού Διοικήτριας στο Γ.Ν. Λακωνίας
5. Την υπ' αρ. Γ2α/οικ.35764/11-8-2025 κοινή υπουργική απόφαση (ΦΕΚ 4389/τ.Β'/11-8-2025, περί συνεργασίας ιδιωτών ιατρών με νοσοκομεία του δημοσίου συστήματος υγείας (ΑΔΑ: 6ΔΧΨ465ΦΥΟ-Ν9Ε)
6. Το υπ' αρ. **Φ/ΤΠ/17/11447/08-12-2025 (ΟΡΘΗ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ)** έγγραφο της Διοικήτριας του Γ.Ν. Λακωνίας προς την 6^η ΥΠΕ.
7. Την υπ' αρ. πρωτ.: **Γ4β/55425/30-12-2025** εγκριτική Απόφαση του Υφυπουργού Υγείας.

Κ Α Λ Ε Ι

Ειδικευμένο-η ιατρό ειδικότητας **ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ** για να συνεργαστεί με τη Ν.Μ. Σπάρτης του Γ.Ν. Λακωνίας με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών, προκειμένου να ενισχυθεί το Νοσοκομείο και να καλυφθούν ανάγκες σε ιατρικό προσωπικό στο **Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα για χρονικό διάστημα ενός (1) έτους :**

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΣΕΩΝ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ
Γ.Ν. ΛΑΚΩΝΙΑΣ (ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΜΕΝΗ ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΑΡΤΗΣ)	1	Ακτινοδιαγνωστικής (για το Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα)	Ένα (1) έτος

ΘΕΣΗ - ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ

Ο/Η ιατρός θα παρέχει τις υπηρεσίες του/της στο **Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα** της Ν.Μ. Σπάρτης του Γ.Ν. Λακωνίας για την πραγματοποίηση πρωινού ωραρίου κατά το τακτικό ωράριο των νοσοκομειακών ιατρών δηλαδή επτάωρο συνεχές από 08:00 έως 15:00 και θα συμμετέχει στο μηνιαίο πρόγραμμα εφημεριών του **Ακτινοδιαγνωστικού Τμήματος** της Ν.Μ. Σπάρτης του Γ.Ν. Λακωνίας, όπως αυτό εγκρίνεται από τα θεσμικά όργανα της Υπηρεσίας. Θα τελεί υπό την εποπτεία της Διευθύντριας του Ακτινοδιαγνωστικού Τμήματος, του Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας και της Διοικήτριας του Γ.Ν. Λακωνίας.

ΑΜΟΙΒΗ

Η αμοιβή των παρεχόμενων υπηρεσιών του/ης ιατρού έχει προσδιοριστεί με βάση τις αποδοχές ενός ειδικευμένου ιατρού με το βαθμό Διευθυντή.

ΓΕΝΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ

Οι υποψήφιοι πρέπει:

Ι. Να είναι Έλληνες πολίτες. Δικαιούνται να εκδηλώσουν ενδιαφέρον και πολίτες των Κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ενώσεως σύμφωνα με τα οριζόμενα στο ν. 2431/1996 (Α' 175).

Για τους πολίτες αυτούς απαιτείται η γνώση της Ελληνικής γλώσσας σε βαθμό επαρκή για την άσκηση των καθηκόντων του οικείου κλάδου, η οποία αποδεικνύεται με πιστοποιητικό ελληνομάθειας (ν. 4027/2011, άρθρο 9) που χορηγείται από το Κέντρο Ελληνικής γλώσσας: α) ΥΠ.Π.Ε.Θ., Ανδρέα Παπανδρέου 37, Τ.Κ. 151 0 Αθήνα, τηλ. 2103443384 και 2103442322 και β) Καραμαούνα 1, Πλ. Σκρά, Τ.Κ. 55132 Θεσσαλονίκη, τηλ. 2313331540 επιπέδου: Δ'Γ1 (Σ.Ε.).

Επίσης αποδεικνύεται με αντίστοιχο πιστοποιητικό του Σχολείου της Ελληνικής γλώσσας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, (Πανεπιστημιούπολη Θεσσαλονίκης Τ.Κ. 54 006, Τηλ. 2310/997571-72-76), το οποίο χορηγείται ύστερα από σχετική εξέταση του ενδιαφερόμενου ή από άλλη σχολή ή σχολείο Ελληνικής Γλώσσας. Δικαιούνται επίσης να εκδηλώσουν ενδιαφέρον και όσοι απέκτησαν την ελληνική ιθαγένεια με πολιτογράφηση αλλά δεν έχει παρέλθει έτος από την απόκτησή της, εφόσον, μέχρι την απόκτησή της ήταν υπήκοοι κράτους μέλους της

Ευρωπαϊκής Ενώσεως.

II. Να έχουν την υγεία και τη φυσική καταλληλότητα που τους επιτρέπει την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσεως που επιλέγουν.

III. Κατά το χρόνο λήξεως της προθεσμίας υποβολής των αιτήσεων και κατά τον χρόνο του διορισμού:

α) Να μην έχουν καταδικαστεί για κακούργημα σε οποιαδήποτε ποινή.

β) Να μην έχουν καταδικαστεί για κλοπή, υπεξαίρεση (κοινή και στην υπηρεσία), απάτη, εκβίαση, πλαστογραφία, απιστία δικηγόρου, δωροδοκία ή δωροληψία, καταπίεση, απιστία περί την υπηρεσία, παράβαση καθήκοντος, συκοφαντική δυσφήμιση καθ' υποτροπή ή εγκλήματα της γενετήσιας ελευθερίας ή οικονομικής εκμετάλλευσης της γενετήσιας ζωής.

γ) Να μην είναι υπόδικοι λόγω παραπομπής με τελεσίδικο βούλευμα για κακούργημα ή για πλημμέλημα της προηγούμενης περίπτωσης, έστω και αν το αδίκημα παραγράφηκε.

δ) Να μην έχουν λόγω καταδίκης στερηθεί τα πολιτικά τους δικαιώματα και δεν έχει λήξει ο χρόνος που ορίστηκε για τη στέρηση.

ε) Να μην τελούν είτε υπό στερητική δικαστική συμπαράσταση (πλήρη ή μερική) είτε υπό επικουρική δικαστική συμπαράσταση (πλήρη ή μερική) είτε υπό συνδυασμό και των δύο προηγούμενων

στ) Να μην έχουν απολυθεί από θέση δημοσίου υπαλλήλου ή υπαλλήλου Ν.Π.Δ.Δ., Ο.Τ.Α., ή Ν.Π.Ι.Δ. του άρθρου 14 του ν.2190/1994 όπως αντικαταστάθηκε με το 5 άρθρο 1 παρ.1 του ν.2527/1997 ή Ν.Π.Ι.Δ. της παρ.3 του άρθρου 1 του ν.2527/1997, λόγω επιβολής της πειθαρχικής ποινής της οριστικής παύσης ή λόγω καταγγελίας της σύμβασης εργασίας για σπουδαίο λόγο οφειλόμενο σε υπαιτιότητα του εργαζομένου και δεν έχει παρέλθει πενταετία από την απόλυση.

Σημείωση: Η απονομή χάριτος δεν αίρει το κώλυμα από ποινική καταδίκη του υποψηφίου για διορισμό, εφόσον μέχρι την τελευταία ημέρα υποβολής των αιτήσεων δεν έχει εκδοθεί, κατά το άρθρο 47 παρ.1 του Συντάγματος, διάταγμα που να αίρει το σχετικό κώλυμα για το συγκεκριμένο υποψήφιο.

IV. Οι άντρες μέχρι τη λήξη της προθεσμίας υποβολής των αιτήσεων να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν απαλλαγεί νόμιμα από αυτές κατ' αναλογία του άρθρου 5 του ν.2683/1999.

Εξαιρέση: Δεν απαιτείται εκπλήρωση των στρατιωτικών υποχρεώσεων για τους πολίτες κράτους-μέλους της Ευρωπαϊκής Ενώσεως, για τους οποίους δεν προβλέπεται στη χώρα τους τέτοια υποχρέωση και έχουν πολιτογραφηθεί ως Έλληνες πολίτες.

V. Να είναι εγγεγραμμένοι στην ΔΟΥ ως επιτηδευματίες.

VI. Να έχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών

ΚΥΡΙΑ ΠΡΟΣΩΝΤΑ

- Αντίγραφο Πτυχίου Ιατρικής. Σε περίπτωση πτυχίου Πανεπιστημίου της αλλοδαπής απαιτείται το πτυχίο με τη σφραγίδα της Χάγης, η επίσημη μετάφρασή του και η απόφαση ισοτιμίας ΔΟΑΤΑΠ, όπου απαιτείται.
- Αντίγραφο απόφασης άδειας ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος

- ο Αντίγραφο απόφασης χορήγησης τίτλου ειδικότητας

ΣΥΝΕΚΤΙΜΩΜΕΝΑ ΤΥΠΙΚΑ ΠΡΟΣΩΝΤΑ

Η εμπειρία συναφή με το αντικείμενο της προς πλήρωση θέσης.

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

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

1. Αίτηση – δήλωση υποψηφιότητας. (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι)
2. Αντίγραφο αστυνομικού Δελτίου Ταυτότητας
3. Υπεύθυνη δήλωση στην οποία να αναφέρουν τα οριζόμενα της παρ.ΙV) του αρ.1 της παρούσας. (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ)
4. Αντίγραφο πτυχίου. 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.
5. Άδεια άσκησης Ιατρικού Επαγγέλματος.
6. Τίτλος αντίστοιχης Ιατρικής Ειδικότητας.
7. Βεβαίωση εγγραφής στον οικείο ιατρικό σύλλογο, στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησής της.
8. Πιστοποιητικά Υγείας από Παθολόγο και Ψυχίατρο.
9. Φορολογική ενημερότητα.
10. Ασφαλιστική ενημερότητα.
11. Βεβαίωση από την οποία να προκύπτει εγγραφή στη ΔΟΥ ως επιτηδευματίας
12. Σύντομο Βιογραφικό.

ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΕΩΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ:

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλλουν αίτηση στο Νοσοκομείο αυτοπροσώπως, είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο, είτε ταχυδρομικά με συστημένη επιστολή, στη διεύθυνση:

Γενικό Νοσοκομείο Λακωνίας, Νοσηλευτική Μονάδα Σπάρτης, Σπάρτη Λακωνίας Τ.Κ. 23100,
με την ένδειξη:

«ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΙΑΤΡΟ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ, ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΑΡΤΗΣ».

ή με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο στις διευθύνσεις:

1. info@hospspa.gr
2. ktzoumel@hosplak.gr

Η χρονική περίοδος υποβολής των αιτήσεων ορίζεται από Τετάρτη 27/05/2026 έως και Τετάρτη 10/06/2026 και ώρα 12:00 μ.μ..

Ως ημερομηνία κατάθεσης λογίζεται η ημερομηνία αποστολής του φακέλου, η οποία αποδεικνύεται από τη σφραγίδα ταχυδρομείου, ή το αποδεικτικό της εταιρείας ταχυμεταφοράς.

Αιτήσεις που θα υποβληθούν εκπρόθεσμα δεν θα ληφθούν υπόψη.

ΕΠΙΛΟΓΗ ΥΠΟΨΗΦΙΩΝ

Η τελική επιλογή θα γίνει από τη Διοίκηση του ΓΝ Λακωνίας.

Η Διοικήτρια της Ν.Μ. Σπάρτης του Γ.Ν. Λακωνίας, ως πρώτη συμβαλλόμενη, διατηρεί το δικαίωμα καταγγελίας της σύμβασης σε περίπτωση διαπίστωσης ανεπαρκούς ή ελλιπούς παροχής υπηρεσίας του δεύτερου συμβαλλόμενου και προχωρά άμεσα σε αντικατάστασή του από τον αμέσως επόμενο υποψήφιο αυτής της ειδικότητας στο πίνακα κατάταξης, για το υπολειπόμενο χρονικό διάστημα και μέχρι συμπλήρωσης της διάρκειας έως ένα (1) έτος.

Η παρούσα αναρτάται στη ΔΙΑΥΓΕΙΑ και στην επίσημη ιστοσελίδα του νοσοκομείου.

Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ ΤΟΥ Γ.Ν. ΛΑΚΩΝΙΑΣ



6^{ης} Υ.ΠΕ.- ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
Γ.Ν. ΛΑΚΩΝΙΑΣ - Ν.Μ. ΣΠΑΡΤΗΣ
ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ
ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ ΤΩ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ
Ε. ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΡΟΥ

ΠΕΤΡΟΥΛΑ ΑΝ. ΤΡΟΥΠΗ

Εσωτερική διανομή:

Τμήμα Πληροφορικής (για ανάρτηση στον ιστότοπο του Νοσοκομείου)

Κοινοποίηση:

1. ΔΙΟΙΚΗΣΗ 6^{ης} Υ.ΠΕ.
2. ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
3. ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΡΚΑΔΙΑΣ
4. ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι**ΑΙΤΗΣΗ-ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ**

Για την πρόσληψη ενός (1) ιατρού ειδικότητας χρονικής διάρκειας ενός (1) έτους, με καθεστώς έκδοσης δελτίου παροχής υπηρεσιών για το Γ.Ν. Λακωνίας -Ν.Μ. Σπάρτης

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ:

E-MAIL:

ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ:

Α) Δηλώνω υπεύθυνα ότι αποδέχομαι τους όρους της υπ' αριθμ. πρωτ. Πρόσκλησης Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος της Ν.Μ. Σπάρτης του Γ.Ν. Λακωνίας, και υποβάλω την πρότασή μου.

Β) Διαθέτω όλα τα δικαιολογητικά που αποδεικνύουν όσα αναφέρω στην παρούσα.

Γ) Για την ανάληψη του έργου και την είσπραξη της συμφωνηθείσας αμοιβής δεν συντρέχει κανένα κώλυμα στο πρόσωπό μου και σε αντίθετη περίπτωση, θα φροντίσω για την άρση κάθε κωλύματος για τον σκοπό αυτό, εφόσον η παρούσα πρότασή μου γίνει δεκτή.

Επισυνάπτονται:

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

6.....

7.....

8.....

9.....

10.....

Συνημμένα.....(αριθμός σελίδων)

Ημερομηνία
Ο ΑΙΤΩΝ/Η ΑΙΤΟΥΣΑ



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν. 1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :							
Ο - Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:			Τηλ:				
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	ΤΚ:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):			Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):				

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

- α) Δεν έχω καταδικαστεί για κακούργημα σε οποιαδήποτε ποινή.
 β) Δεν έχω καταδικαστεί για κλοπή, υπεξαίρεση (κοινή και στην υπηρεσία), απάτη, εκβίαση, πλαστογραφία, απιστία δικηγόρου, δωροδοκία ή δωροληψία, καταπίεση, απιστία περί την υπηρεσία, παράβαση καθήκοντος, συκοφαντική δυσφήμιση καθ' υποτροπή ή εγκλήματα της γενετήσιας ελευθερίας ή οικονομικής εκμετάλλευσης της γενετήσιας ζωής.
 γ) Δεν είμαι υπόδικος λόγω παραπομπής με τελεσίδικο βούλευμα για κακούργημα ή για πλημμέλημα της προηγούμενης περίπτωσης.
 δ) Δεν έχω στερηθεί τα πολιτικά μου δικαιώματα
 ε) Δεν τελώ υπό στερητική δικαστική συμπαράσταση (πλήρη ή μερική), δεν τελώ υπό επικουρική δικαστική συμπαράσταση (πλήρη ή μερική) και δεν τελώ υπό συνδυασμό και των δύο προηγούμενων
 στ) Δεν έχω απολυθεί από θέση δημοσίου υπαλλήλου ή υπαλλήλου Ν.Π.Δ.Δ., Ο.Τ.Α., ή Ν.Π.Ι.Δ. του άρθρου 14 του ν.2190/1994 όπως αντικαταστάθηκε με το 5 άρθρο 1 παρ.1 του ν.2527/1997 ή Ν.Π.Ι.Δ. της παρ.3 του άρθρου 1 του ν.2527/1997, λόγω επιβολής της πειθαρχικής ποινής της οριστικής παύσης ή λόγω καταγγελίας της σύμβασης εργασίας για σπουδαίο λόγο οφειλόμενο σε υπαιτιότητα μου και δεν έχει παρέλθει πενταετία από την απόλυση.

Ημερομηνία: 20

Ο - Η Δηλ.

(Υπογραφή)