

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΦΟΡΕΑ  
(ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ή ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ή ΑΕΜΥ Α.Ε.)

Ημερομηνία ..... / ..... / 2022

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΙΔΙΚΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ  
ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ**

Ο/Η .....

(Ονοματεπώνυμο – Πατρώνυμο)

τοποθετήθηκε με τη αρ. πρωτ. .... απόφαση/σύμβαση ως .....(λοιπό  
επικουρικό ή ωφελούμενος προγράμματος απασχόλησης του Ο.Α.Ε.Δ ή με καθεστώς έκδοσης  
δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών ή προσωπικό από τον ιδιωτικό τομέα που εντάχθηκε στο  
Ε.Σ.Υ. κατ' εφαρμογή της από 25-02-2020 ΠΝΠ (Α'42)) στο .....(φορέας).  
Σύμφωνα με τα οριζόμενα των διατάξεων της παρ.2 του άρθ. δεύτερο του ν. 4889/2022 (Α'21)  
δικαιούται ειδική εμπειρία σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης για το/τα εξής χρονικό/ά  
διάστημα/τα:

.....  
.....

ή εφόσον μετακινήθηκε με την αρ. πρωτ. .... Απόφαση στο  
..... (φορέας), για το/τα εξής χρονικό/ά διάστημα/τα

.....

**Σύνολο Μηνών:**

-Ειδικής εμπειρίας σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης –εμβολιαστικά κέντρα.....

-Ειδικής εμπειρίας σε επίπεδο δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης: .....  
(εφόσον έχουν μετακινηθεί):

Η εν λόγω υπηρεσία είναι πραγματική και δεν περιέχει διαστήματα σε αναστολή καθηκόντων λόγω  
μη εμβολιασμού.

Υπογραφή

(Διοικητής ΥΠε/ Νοσοκομείου / Διευθύνων Σύμβουλος ΑΕΜΥ Α.Ε. ή το εξουσιοδοτημένο από αυτόν  
όργανο)

Η παρούσα βεβαίωση χορηγείται προκειμένου να χρησιμοποιηθεί στο Α.Σ.Ε.Π. για την προσμέτρηση  
των μονάδων του κριτηρίου της ειδικής εμπειρίας σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης σύμφωνα  
με τα οριζόμενα των διατάξεων της παρ.2 του άρθ. δεύτερο του ν. 4889/2022 (Α'21).