

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΦΟΡΕΑ
(Ιδιωτικού Θεραπευτηρίου/κλινικής)

Ημερομηνία / / 2022

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΙΔΙΚΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ
ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΣΕ/ΔΙΑΘΕΣΗ ΑΠΟ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ Ή ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ
ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (Κ.Α.Α.)**

Ο/Η
(Ονοματεπώνυμο – Πατρώνυμο)

κατά το διάστημα που διήρκησε η αρ. πρωτ. απόφαση συνεργασίας του Γενικού
Γραμματέα Υπηρεσιών Υγείας και σύμφωνα με τα οριζόμενα των υποπρ. β) και ββ) της περ. β) της
παρ.1 του άρθ. δεύτερο του ν.4889/2022 (Α'21), δικαιούται ειδική εμπειρία σε επίπεδο
δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης για το/τα εξής χρονικό/ά διαστημα/τα:

Από/...../ έως/...../.....
.....

Σύνολο Μηνών:

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

Υπογραφή

(Διοικητικού Δ/ντη Ιδιωτικού Θεραπευτηρίου/κλινικής 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 δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας
περίθαλψης σύμφωνα με τα οριζόμενα των υποπρ. β) και ββ) της περ. β) της παρ.1 του άρθ.
δεύτερο του ν.4889/2022 (Α'21).