



ΤΑΜΕΙΟ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ ΙΑΤΡΩΝ & ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ

ΟΙ ΠΕΡΙ ΙΑΤΡΩΝ (ΣΥΝΤΑΞΕΙΣ ΚΑΙ ΧΟΡΗΓΗΜΑΤΑ) ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ ΤΟΥ 1999 & 2011
ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ 16

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ

(σφραγίδα)

Προσοχή: Να υποβληθεί μαζί με την αίτηση για παροχή ανικανότητας

ΜΕΡΟΣ Ι – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ / ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο:.....
Διεύθυνση:.....
.....Ταχ. Τομέας:.....
Αρ. Τηλεφώνου:.....
Ημερομηνία Γεννήσεως:..... Αρ. Ταυτότητας/ εγγραφής αλλοδαπού:.....

1. Ο αιτητής / αιτήτρια βρίσκεται κάτω από την παρακολούθηση μου απόμέχρι.....

2. Ιστορικό, ασθένειες ή αναπηρίες του αιτητή, ημερομηνία έναρξης και εξέλιξη:

3. Κλινική εξέταση:

4. Αποτελέσματα ακτινολογικών, εργαστηριακών και άλλων παρακλινικών εξετάσεων:

5.Διάγνωση:

6.(α) Είναι ο αιτητής **μόνιμα ανίκανος** για την άσκηση της ιατρικής/οδοντιατρικής ΝΑΙ / ΟΧΙ

(β) Αν ΟΧΙ είναι ο αιτητής **μόνιμα ανίκανος** για να ασκεί την ειδικότητα του ΝΑΙ / ΟΧΙ

Αν «ΝΑΙ» από πότε ο αιτητής κατέστη μόνιμα ανίκανος για εργασία:.....

7. Αν η ανικανότητα είναι αποτέλεσμα ατυχήματος να καθοριστεί το ποσοστό αναπηρίας (Απώλεια υγείας, δυνάμεων ή της ικανότητας απόλαυσης ζωής).

Περιγραφή Αναπηρίας:

Ποσοστό αναπηρίας

τοις εκατό

7. Παρατηρήσεις (Ιδιαίτερα σε σχέση με τη δυνατότητα του αιτητή να εξασκεί την ειδικότητα του έχοντας υπόψη την κατάσταση της υγείας του.)

Όνομα Ιατρού:.....

Διεύθυνση:.....

Τηλέφωνο:.....

Ειδικότητα:.....

Ημερομηνία:..... Υπογραφή Ιατρού:.....