

ΑΙΤΗΣΗ / ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΙΑΤΡΟΥ ΙΔΙΩΤΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

Α.Δ.Τ./ ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

ΟΔΟΣ & ΑΡΙΘΜΟΣ:

Τ.Κ.:

ΠΟΛΗ:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

Email:

Θέμα: «Αίτηση συμμετοχής στην επιλογή για εξειδίκευση στη Λοιμωξιολογία.»

Αιτούμαι τη συμμετοχή μου στη διαδικασία επιλογής ειδικευμένων ιατρών προς εξειδίκευση για τη θέση της Λοιμωξιολογίας, σύμφωνα με την αρ. Γ4α/Γ.Π.οικ.27417 /27.4.2020(ΦΕΚ.1736/6.5.2020/τ.Β) Απόφαση του Υπουργείου Υγείας.για τις κάτωθι θέσεις:

1. Νοσοκομείο:.... **Π.Γ.Ν.Θ. “ΑΧΕΠΑ”**
Μονάδα:.....
2. Νοσοκομείο:.....
Μονάδα:.....
3. Νοσοκομείο:.....
Μονάδα:.....

Συνημμένα υποβάλλω φωτοαντίγραφα των κάτωθι δικαιολογητικών:

- Πτυχίο
- Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
- Τίτλος ειδικότητας
- Βεβαίωση εγγραφής σε Ιατρικό Σύλλογο
- Αστυνομική ταυτότητα ή διαβατήριο

Συνημμένα υποβάλλω: **Υπεύθυνη Δήλωση** για το αν κατά τη διάρκεια της εξειδίκευσης θα ασκώ άλλη επαγγελματική δραστηριότητα.

Όπου απαιτείται:

- Βεβαίωση γνώσης της ελληνικής γλώσσας
- Πτυχίο με σφραγίδα Χάγης (APOSTILLE), επίσημη μετάφραση και ΔΟΑΤΑΠ.

Θεσσαλονίκη/...../20.....

Ο / Η Αιτ.....