

ΑΙΤΗΣΗ / ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
ΙΑΤΡΟΥ ΚΛΑΔΟΥ Ε.Σ.Υ./ΜΕΛΩΝ Δ.Ε.Π

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 στην
Επεμβατική Ακτινολογία»**

Προς:

3η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

Αιτούμαι τη συμμετοχή μου στη διαδικασία επιλογής ειδικευμένων ιατρών προς εξειδίκευση για την θέση της Επεμβατικής Ακτινολογίας, σύμφωνα με την Γα4/Γ.Π. οικ. 24196/15.04.2021 Απόφαση του Υπουργείου Υγείας.

Νοσοκομείο:

Μονάδα:

Νοσοκομείο:

Μονάδα:

Συνημμένα υποβάλλω φωτοαντίγραφα των κάτωθι δικαιολογητικών:

☐ Πτυχίο

☐ Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.

☐ Τίτλος ειδικότητας

☐ Βεβαίωση εγγραφής σε Ιατρικό Σύλλογο

☐ Αστυνομική ταυτότητα ή διαβατήριο

☐ **Απόφαση του Δ.Σ. του Νοσοκομείου**

Όπου απαιτείται:

☐ Βεβαίωση γνώσης της ελληνικής γλώσσας

☐ Πτυχίο με σφραγίδα της ΧΑΓΗΣ (APOSTILLE), επίσημη μετάφραση ΔΟΑΤΑΠ.

Ο / Η Αιτ.....

Θεσσαλονίκη,/...../20.....