

ΑΙΤΗΣΗ / ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
ΙΑΤΡΟΥ ΙΔΙΩΤΗ

Προς:
3η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

Α.Δ.Τ./ ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:

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.

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

ΟΔΟΣ & ΑΡΙΘΜΟΣ:

Τ.Κ.:

ΠΟΛΗ:

Νοσοκομείο:

Μονάδα:

Νοσοκομείο:

Μονάδα:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

Email:

Συνημμένα υποβάλλω φωτοαντίγραφα των κάτωθι δικαιολογητικών:

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

Όπου απαιτείται:

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

**Θέμα: «Αίτηση συμμετοχής στην
επιλογή για εξειδίκευση στην
Επεμβατική Ακτινολογία»**

Συνημμένα υποβάλω:

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ για το αν κατά την διάρκεια της εξειδίκευσης θα ασκώ άλλη επαγγελματική δραστηριότητα.

Ο / Η Αιτ.....

Θεσσαλονίκη,/...../20.....