

ΑΙΤΗΣΗ

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:

Προς:

3η Υ.ΠΕ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

Αιτούμαι τη συμμετοχή μου στη διαδικασία
επιλογής ειδικευμένων ιατρών προς
εξειδίκευση για τις κάτωθι θέσεις:

1. Νοσοκομείο:.....
Μονάδα:.....
 2. Νοσοκομείο:.....
Μονάδα:.....
 3. Νοσοκομείο:.....
Μονάδα:.....
 4. Νοσοκομείο:.....
Μονάδα:.....
 5. Νοσοκομείο:.....
Μονάδα:.....
-

**Θέμα: «Αίτηση συμμετοχής στην
επιλογή για εξειδίκευση σε
Πολυδύναμες Μ.Ε.Θ. και
Μ.Ε.Ν.Ν.»**

Συνημμένα υποβάλλω φωτοαντίγραφα των
κάτωθι δικαιολογητικών:

- ☐ Πτυχίο
 - ☐ Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
 - ☐ Τίτλος ειδικότητας
 - ☐ Βεβαίωση εγγραφής σε Ιατρικό Σύλλογο
 - ☐ Αστυνομική ταυτότητα ή διαβατηρίο
 - ☐ Βεβαίωση εκπλήρωσης υπηρεσίας
υπαίθρου ή βεβαίωση νόμιμης
απαλλαγής
 - ☐ Υπεύθυνη δήλωση εκπλήρωσης ή μη
εκπλήρωσης μέρους εξειδίκευσης
- Όπου απαιτείται:
- ☐ Βεβαίωση γνώσης της ελληνικής
γλώσσας
 - ☐ Βεβαιώσεις ή πιστοποιητικά
προϋπηρεσίας σε Παιδιατρικό
Νοσοκομείο μετά τη λήψη της
ειδικότητας

Θεσσαλονίκη,/...../20.....

Ο / Η Αιτ.....