

ΑΙΤΗΣΗ

Προς:
..... Υ.ΠΕ

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:

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

Όπου απαιτείται:

- Βεβαίωση γνώσης της ελληνικής γλώσσας
- Βεβαιώσεις ή πιστοποιητικά προϋπηρεσίας σε Παιδιατρικό Νοσοκομείο μετά τη λήψη της ειδικότητας

Αθήνα,/...../20.....

Ο / Η Αι.....