ΑΙΤΗΣΗ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ ΧΡΟΝΟΥ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ…….....
ΟΝΟΜΑ……
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ……
ΤΑΧ.Δ/ΝΣΗ……...
……
ΠΟΛΗ……
Τ.Κ……
ΤΗΛ…… ΚΙΝ……..
E-MAIL ……

ΠΡΟΣ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΙΑΤΡΩΝ, ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ & ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ Α΄

Σας υποβάλω πιστοποιητικά , σύμφωνα με την υπ' αριθμ.Υ7α/ΓΠ/οικ. 96756/11-7-2008 εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας , από τα οποία προκύπτει ότι εκπαιδεύτηκα:

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

και παρακαλώ για την αναγνώριση του ανωτέρω χρόνου ασκήσεώς μου προκειμένου να αποκτήσω την ειδικότητα της……...

ΑΘΗΝΑ:…….

ΥΠΟΣΗΜΕΙΩΣΗ:

α)Έχετε προηγούμενες αποφάσεις αναγνωρίσεων. Εάν ναι αναφέρετε τον αριθμό πρωτοκόλλου
……
β)Έχετε πραγματοποιήσει χρόνο ειδίκευσης σε Νοσοκομείο της Ελλάδος……..
γ)Πρόκειται να λάβετε μέρος στις προσεχείς εξετάσεις ειδικότητας……
δ)Πρόκειται να υποβάλλετε αίτηση στην αρμόδια υπηρεσία για καταχώριση στη λίστα αναμονής έναρξης ειδίκευσης……
ε)Αναμένετε την απόφαση αναγνώρισης του χρόνου άσκησής σας στο εξωτερικό προκειμένου να τοποθετηθείτε σε νοσοκομείο της επικράτειας για συνέχιση ειδίκευσης ……...

Ο/Η ΑΙΤ…….

ΥΠΟΓΡΑΦΗ