

ΑΙΤΗΣΗ

ΠΡΟΣ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ ΧΡΟΝΟΥ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ

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

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΙΑΤΡΩΝ, ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΚΑΙ
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 εκπαιδευτήκα:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

ΑΘΗΝΑ:.....

ΥΠΟΣΗΜΕΙΩΣΗ:

α) Έχετε προηγούμενες αποφάσεις αναγνώρισεων.
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
άσκησης σας στο εξωτερικό προκειμένου να τοποθετηθείτε
σε νοσοκομείο της επικράτειας για συνέχιση ειδίκευσης:

.....
στ)Πραγματοποιήσατε την ειδικότητα σύμφωνα με το
π.δ.415/1994 ή με την υπό στοιχεία Γ5α/Γ.Π.οικ.64843/29-08-
2018 (Β' 4138) να.....

Ο/Η ΑΙΤ.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

