

**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 εκπαιδύτηκα:

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

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 άσκησης σας στο εξωτερικό προκειμένου να τοποθετηθείτε σε νοσοκομείο της επικράτειας για συνέχιση ειδίκευσης  
.....

**Ο/Η ΑΙΤ.....**

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ**

