

**ΠΡΟΣ
ΤΟ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΙΑΤΡΩΝ, ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ
ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ Α΄**

ΑΙΤΗΣΗ

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΝΑ ΜΟΥ ΧΟΡΗΓΗΣΕΤΕ
ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΓΙΑ ΕΚΔΟΣΗ VISA ΓΙΑ ΤΙΣ Η.Π.Α.,
ΟΠΟΥ ΘΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΩ ΣΤΗΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

.....

ΟΝΟΜΑ:

.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

.....

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

.....

.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ:

.....

ΚΙΝΗΤΟ:

.....

ΑΡ.ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:

.....

ΑΘΗΝΑ,...../...../.....

Ο/Η ΑΙΤ.....

Απαραίτητα επισυναπτόμενα δικαιολογητικά:

1. Υπεύθυνη δήλωση.
2. Φωτοτυπία πτυχίου ιατρού.
3. Φωτοτυπία βεβαίωσης άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
4. Φωτοτυπία συμβολαίου ειδίκευσης ξενόγλωσσο με σφραγίδα Χάγης και μεταφρασμένο επίσημα στα ελληνικά (από εξουσιοδοτημένο δικηγόρο στην Ελλάδα ή από το Μεταφραστικό Τμήμα του Υπουργείου Εξωτερικών της Ελλάδας ή από ορκωτό μεταφραστή του Ιονίου Πανεπιστημίου ή από το οικείο Ελληνικό Προξενείο).
5. Αριθμός αίτησης στον φορέα ECFMG.