

ΑΙΤΗΣΗ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ ΧΡΟΝΟΥ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ

Α) ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΕΠΩΝΥΜΟ :.....

ΟΝΟΜΑ :.....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ :.....

ΤΑΧ.Δ/ΝΣΗ :.....

ΠΟΛΗ :.....

Τ.Κ :.....

ΤΗΛ :.....

ΚΙΝ :.....

EMAIL:.....

Β) ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ:

α) Έχετε προηγούμενες αποφάσεις αναγνώρισεων.

Εάν ναι αναφέρετε τον αριθμό πρωτοκόλλου:

.....

β) Πρόκειται να λάβετε μέρος στις προσεχείς εξετάσεις Ειδικότητας:

ΝΑΙ / ΟΧΙ

γ) Αναμένετε την απόφαση αναγνώρισης του χρόνου άσκησής σας στο εξωτερικό προκειμένου να τοποθετηθείτε σε νοσοκομείο της επικράτειας για συνέχιση ειδίκευσης:

ΝΑΙ/ΟΧΙ

δ) 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;

ΠΡΟΣ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Δ/ΝΣΗ ΙΑΤΡΩΝ, ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ

ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Σας υποβάλω πιστοποιητικά , σύμφωνα με την

υπ' αριθμ.Γ5α/Γ.Π.οικ.9069/30-01-2023 εγκύ-

κλιο του Υπουργείου Υγείας, από τα οποία προ-

κύπτει ότι εκπαιδευτήκα:

(Εκπαιδευτικό Κέντρο και χρονικό διάστημα ανά αντικείμενο εκπαίδευσης)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ΑΘΗΝΑ:

Ο/Η ΑΙΤ.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

