

**ΑΙΤΗΣΗ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ
ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ.....**

ΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΟΝΟΜΑ.....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ.....

ΤΑΧ.Δ/ΝΣΗ.....

ΠΟΛΗ.....

Τ.Κ.....

ΤΗΛ.....

ΚΙΝ.....

EMAIL.....

ΑΘΗΝΑ:.....

ΠΡΟΣ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

**Δ/ΝΣΗ ΙΑΤΡΩΝ, ΛΟΙΠΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ &
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Σας υποβάλλω τα προβλεπόμενα πιστοποιητικά, σύμφωνα με την υπουργική απόφαση:

.....

για την εξειδίκευση της:

.....

και συγκεκριμένα:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

και παρακαλώ για την αναγνώριση της υπαγωγής μου στις προϋποθέσεις της ως άνω απόφασης, προκειμένου να αποκτήσω τον αντίστοιχο τίτλο με/χωρίς εξετάσεις.

Ο/Η ΑΙΤ.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ