

ΑΙΤΗΣΗ- ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

ΠΡΟΣ: ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ Ν.Π.
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΩΝ Ε.Σ.Υ.
ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΟΥΣ 17 Τ.Κ. 10433
ΦΑΞ: 210 5248751
Mail: dprp_a@moh.gov.gr

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

ΑΡΙΘΜΟΣ:

ΠΟΛΗ:

Τ.Κ.

ΤΗΛ:

ΚΙΝΗΤΟ:

ΘΕΜΑ: Εκπαίδευση στους Υπερήχους:

1. Παρακαλώ όπως με συμπεριλάβετε στη λίστα αναμονής, προκειμένου να τοποθετηθώ ως άμισθος υπεράριθμος σύμφωνα με τις διατάξεις των Προεδρικών Διαταγμάτων 228/2000 και 210/2003, για να εκπαιδευτώ στους υπερήχους, στα κάτωθι αναγνωρισμένα κέντρα:

- α)
- β)
- γ)
- δ)
- ε)

2. Δηλώνω υπεύθυνα ότι δεν κατέχω θέση Κλάδου Ε,Σ.Υ.

3. Με την έναρξη της εκπαίδευσής μου σ' ένα από τα ανωτέρω αναγνωρισμένα κέντρα, η αίτηση μου ταυτόχρονα να διαγράφεται από τη λίστα των υπολοίπων κέντρων.

Συνημμένα: Τίτλος ιατρικής ειδικότητας
Αθήνα:

Ο/Η ΑΙΤ....