

**ΑΙΤΗΣΗ**

**Προς:**  
**..... Υ.ΠΕ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:**

**ΟΝΟΜΑ:**

**ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:**

**Α.Δ.Τ./ ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:**

**ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:**

**Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ**

**ΟΔΟΣ & ΑΡΙΘΜΟΣ:**

**Τ.Κ.:**

**ΠΟΛΗ:**

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ**

**ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:**

**ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:**

**Email:**

Αιτούμαι τη συμμετοχή μου στη διαδικασία επιλογής ειδικευμένων ιατρών προς εξειδίκευση για τις κάτωθι θέσεις:

1. Νοσοκομείο:.....  
Μονάδα:.....
  2. Νοσοκομείο:.....  
Μονάδα:.....
  3. Νοσοκομείο:.....  
Μονάδα:.....
  4. Νοσοκομείο:.....  
Μονάδα:.....
  5. Νοσοκομείο:.....  
Μονάδα:.....
- .....

**Θέμα: «Αίτηση συμμετοχής στην  
επιλογή για εξειδίκευση σε  
Πολυδύναμες Μ.Ε.Θ. και  
Μ.Ε.Ν.Ν.»**

Συνημμένα υποβάλλω φωτοαντίγραφα των κάτωθι δικαιολογητικών:

- Πτυχίο
- Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
- Τίτλος ειδικότητας
- Βεβαίωση εγγραφής σε Ιατρικό Σύλλογο
- Αστυνομική ταυτότητα ή διαβατηρίο
- Βεβαίωση εκπλήρωσης υπηρεσίας υπαίθρου ή βεβαίωση νόμιμης απαλλαγής

Όπου απαιτείται:

- Βεβαίωση γνώσης της ελληνικής γλώσσας
- Βεβαιώσεις ή πιστοποιητικά προϋπηρεσίας σε Παιδιατρικό Νοσοκομείο μετά τη λήψη της ειδικότητας

Αθήνα, ...../...../20.....

Ο / Η Αι.....