

ΑΙΤΗΣΗ- ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Επώνυμο:

Όνομα:.....

Όνομα Πατρός :

Δ/νση Κατοικίας:

Αριθμός:.....

Πόλη:.....

Τ.Κ.:.....

Τηλέφωνο/Κινητό:.....

E-mail:

Ειδικότητα:

ΘΕΜΑ:

Τρίμηνη Εκπαίδευση στην Αιμοκάθαρση

ΠΡΟΣ:

3^η ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ

Παρακαλώ όπως με συμπεριλάβετε στη λίστα αναμονής, προκειμένου να τοποθετηθώ ως άμισθος εκπαιδευόμενος σύμφωνα με την Αριθμ. Γ5α/Γ.Π.οικ.67509/29.12.2023 (ΦΕΚ 7495/τ.Β/29.12.2023) Απόφαση του Υπουργείου Υγείας, στην Αιμοκάθαρση στην Μονάδα Τεχνητού Νεφρού των κάτωθι αναγνωρισμένων Νοσοκομείων:

α).....

β).....

γ).....

δ).....

Δηλώνω υπεύθυνα ότι δεν κατέχω θέση ιατρού κλάδου Ε.Σ.Υ.

Με την έναρξη της εκπαίδευσής μου σ' ένα από τα ανωτέρω Νοσοκομεία, η αίτηση μου ταυτόχρονα να διαγράφεται από τη λίστα των υπολοίπων Νοσοκομείων.

Ο/Η Αιτ.....

Θεσσαλονίκη :/...../.....

Συνημμένα: Τίτλος ιατρικής ειδικότητας