

ΑΙΤΗΣΗ

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:

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

Προς:

**4η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ
ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΟΥΣ 16, 546 23
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ**

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:.....

Συνημμένα υποβάλλω φωτοαντίγραφα των
κάτωθι δικαιολογητικών:

- Πτυχίο
- Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
- Τίτλος ειδικότητας
- Βεβαίωση εγγραφής σε Ιατρικό Σύλλογο
- Αστυνομική ταυτότητα ή διαβατήριο
- 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

Θεσσαλονίκη,/...../20.....

Ο / Η Αιτ.....