

ΑΙΤΗΣΗ / ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
ΙΑΤΡΟΥ ΚΛΑΔΟΥ Ε.Σ.Υ/ΜΕΛΩΝ Δ.Ε.Π

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 στην
Επεμβατική Ακτινολογία»**

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

Αιτούμαι τη συμμετοχή μου στη διαδικασία επιλογής ειδικευμένων ιατρών προς εξειδίκευση για την θέση της Επεμβατικής Ακτινολογίας, σύμφωνα με την Γα4/Γ.Π. οικ. 24196/15.04.2020 Απόφαση του Υπουργείου Υγείας.

Συνημμένα υποβάλλω την Απόφαση του Δ.Σ. του Νοσοκομείου

Ο / Η Αιτ.....

Θεσσαλονίκη,/...../20.....