

ΑΙΤΗΣΗ / ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
ΙΑΤΡΟΥ ΙΔΙΩΤΗ

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»**

Συνημμένα υποβάλω:

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ για το αν κατά
την διάρκεια της εξειδίκευσης θα ασκώ
άλλη επαγγελματική δραστηριότητα.

Θεσσαλονίκη,/...../20.....

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.

Νοσοκομείο:.....

Μονάδα:.....

Συνημμένα υποβάλλω φωτοαντίγραφα των
κάτωθι δικαιολογητικών:

- Πτυχίο
- Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
- Τίτλος ειδικότητας
- Βεβαίωση εγγραφής σε Ιατρικό Σύλλογο
- Αστυνομική ταυτότητα ή διαβατήριο
Όπου απαιτείται:
- Βεβαίωση γνώσης της ελληνικής γλώσσας
- Πτυχίο με σφραγίδα της ΧΑΓΗΣ (APOSTILLE),
επίσημη μετάφραση ΔΟΑΤΑΠ.

Ο / Η Αιτ.....