

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 στον
Σακχαρώδη Διαβήτη ως
ιατρός ΕΣΥ/ μέλος ΔΕΠ/
Στρατιωτικός ιατρός»**

Προς:

Γ.Ν.Α «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»

Αιτούμαι τη συμμετοχή μου στη διαδικασία
επιλογής ιατρών ΕΣΥ / μελών ΔΕΠ /
Στρατιωτικών ιατρών προς εξειδίκευση στον
Σακχαρώδη Διαβήτη.

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
 - ☐ Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του
Ν1599/86, στην οποία θα αναφέρεται η
μη κατοχή πιστοποιητικού
μετεκπαίδευσης στον σακχαρώδη
διαβήτη.
 - ☐ Απόφαση ΔΣ του νοσοκομείου ύστερα
από εισήγηση του Διευθυντή του
τμήματος ή του εργαστηρίου που
υπηρετώ
- Όπου απαιτείται:
- ☐ Βεβαίωση γνώσης της ελληνικής
γλώσσας

Αθήνα,/...../20.....

Ο / Η Αιτ.....