

## ΑΙΤΗΣΗ / ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΙΑΤΡΟΥ ΙΔΙΩΤΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ:  
ΟΝΟΜΑ:  
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:  
Α.Δ.Τ./ ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:  
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:

Αιτούμαι τη συμμετοχή μου στη διαδικασία επιλογής ειδικευμένων ιατρών προς εξειδίκευση για τη θέση της Λοιμωξιολογίας, σύμφωνα με την αρ. Γ4α/Γ.Π.οικ.27417 /27.4.2020(ΦΕΚ.1736/6.5.2020/τ.Β) Απόφαση του Υπουργείου Υγείας για τις κάτωθι θέσεις:

### Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

ΟΔΟΣ & ΑΡΙΘΜΟΣ:

Τ.Κ.:

ΠΟΛΗ:

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

Email:

1. Νοσοκομείο:.... Γ.Ν.Θ. "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ"

Μονάδα:.....

2. Νοσοκομείο:.....

Μονάδα:.....

3. Νοσοκομείο:.....

Μονάδα:.....

Συνημμένα υποβάλλω φωτοαντίγραφα των κάτωθι δικαιολογητικών:

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

Συνημμένα υποβάλλω: Υπεύθυνη Δήλωση για το αν κατά τη διάρκεια της εξειδίκευσης θα ασκώ άλλη επαγγελματική δραστηριότητα.

Θέμα: «Αίτηση συμμετοχής στην επιλογή για εξειδίκευση στη Λοιμωξιολογία.»

Όπου απαιτείται:

- Βεβαίωση γνώσης της ελληνικής γλώσσας
- Πτυχίο με σφραγίδα Χάγης (APOSTILLE),
- επίσημη μετάφραση και ΔΟΑΤΑΠ.

Θεσσαλονίκη ...../...../20.....

Ο / Η Αιτ.....