|  |  |
| --- | --- |
| **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»**  Πάτρα, ………/………/20……… | **Προς:**  **6η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ—ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ-ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**  Αιτούμαι τη συμμετοχή μου στη διαδικασία επιλογής ειδικευμένων ιατρών προς εξειδίκευση για την θέση της Επεμβατικής Ακτινολογίας, σύμφωνα με την Γα4/Γ.Π. οικ. 24196/15.04.2021 Απόφαση του Υπουργείου Υγείας.  Νοσοκομείο: …………………………………………..  Μονάδα: …………………………………………………  Νοσοκομείο: …………………………………………..  Μονάδα: …………………………………………………  Συνημμένα υποβάλλω φωτοαντίγραφα των κάτωθι δικαιολογητικών:  **Απόφαση του Δ.Σ. του Νοσοκομείου**    Ο / Η Αιτ….. |
|  |  |