|  |  |
| --- | --- |
| ***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»***  *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:*  *Φωτοαντίγραφο πτυχίου*  *Φωτοαντίγραφο απόφασης άδειας ή βεβαίωσης άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.*  *Φωτοαντίγραφο απόφασης χορήγησης τίτλου ειδικότητας*  *Φωτοαντίγραφο βεβαίωσης εγγραφής σε Ιατρικό Σύλλογο της επικράτειας.*  *Φωτοαντίγραφο ταυτότητας ή διαβατηρίου από το οποίο θα προκύπτει ότι ο κάτοχος είναι Έλληνας υπήκοος χώρας κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης.*  *Υπεύθυνη Δήλωση για το αν κατά την*  *διάρκεια της εξειδίκευσης θα ασκεί ο*  *ιατρός επαγγελματική δραστηριότητα****.***  ***Οι υπήκοοι χωρών εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης οφείλουν να προσκομίσουν:***  *Φωτοαντίγραφο του δελτίου παραμονής επί μακρόν διαμένοντας ή*  *Φωτοαντίγραφο μπλε κάρτας της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή*  *Φωτοαντίγραφο δελτίου άδεις παραμονής ομογενούς ή*  *Φωτοαντίγραφο δελτίου παραμονής δεύτερης γενιάς*  ***Όπου απαιτείται:***  *Βεβαίωση γνώσης της ελληνικής γλώσσας*  *Πτυχίο με σφραγίδα της ΧΑΓΗΣ (APOSTILLE), επίσημη μετάφραση ΔΟΑΤΑΠ.*  *Ο / Η Αιτ…..* |