**ΑΙΤΗΣΗ -ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ 3ΜΗΝΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ**

**Αριθμ. Γ5α/ΓΠοικ.67509/28.12.2023 Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ 7495/τ.Β/2023)**

|  |  |
| --- | --- |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ:**  **ΟΝΟΜΑ:**  **ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:**  **Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:**  **ΑΡΙΘΜΟΣ:**  **ΠΟΛΗ:**  **Τ.Κ.**  **ΤΗΛ:**  **ΚΙΝΗΤΟ:**  **ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:**  **ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ**  [Μαγνητίστε την προσοχή του αναγνώστη σας με μια εξαιρετική παράθεση από το έγγραφο ή χρησιμοποιήστε αυτόν το χώρο για να δώσετε έμφαση σε ένα κύριο σημείο. Για να τοποθετήσετε αυτό το πλαίσιο κειμένου οπουδήποτε στη σελίδα, απλώς σύρετέ το.]  **ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ**  **Συνημμένα**: **Τίτλος ιατρικής ειδικότητας**  **Βεβαίωση Ιατρικού Συλλόγου** | **ΠΡΟΣ: ΔΙΟΙΚΗΣΗ 6Ης ΥΠΕ**  **ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ**  **(e mail: protokollo@dypede.gr)**   1. Παρακαλώ όπως με συμπεριλάβετε στη λίστα αναμονής, προκειμένου να τοποθετηθώ ως άμισθος εκπαιδευόμενος στην Αιμοκάθαρση στην Μονάδα Τεχνητού Νεφρού του Νοσοκομείου:   Α.  Β.  Γ.  Δ.  2. Δηλώνω υπεύθυνα ότι δεν κατέχω θέση κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ.  3. Με την έναρξη της εκπαίδευσής, η αίτησή μου ταυτόχρονα να διαγράφεται από τη λίστα που τηρεί η Διοίκηση της 6ης ΥΠΕ για το σκοπό αυτό.  **ΠΑΤΡΑ,**  **Ο/Η ΑΙΤ……..** |