**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……..** |