|  |  |
| --- | --- |
| **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….. |
|  |   |