|  |  |
| --- | --- |
| ***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…..* |