

ΑΙΤΗΣΗ

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 σε**

.....
.....

.»

Προς:

**Γ.Ν.Α «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ-
ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ-
ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ» - ΝΠΔΔ**

Αιτούμαι τη συμμετοχή μου στη διαδικασία
επιλογής ειδικευμένων ιατρών προς
εξειδίκευση .

Συνημμένα υποβάλλω φωτοαντίγραφα των
κάτωθι δικαιολογητικών:

- Πτυχίο
- Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
- Τίτλος ειδικότητας
- Βεβαίωση εγγραφής σε Ιατρικό Σύλλογο
- Αστυνομική ταυτότητα ή διαβατηρίο
- Βεβαίωση εκπλήρωσης υπηρεσίας
υπαίθρου ή βεβαίωση νόμιμης
απαλλαγής

Όπου απαιτείται:

- Βεβαίωση γνώσης της ελληνικής
γλώσσας
- Βεβαιώσεις ή πιστοποιητικά
προϋπηρεσίας σε Παιδιατρικό
Νοσοκομείο μετά τη λήψη της
ειδικότητας

Ο / Η Αιτ.....

Αθήνα,/...../20.....