

ΠΡΟΣΟΧΗ:

Η υποβολή της αίτησης διαγραφής θα γίνεται είτε αυτοπροσώπως, είτε με εξουσιοδότηση εκπροσώπου, είτε μέσω της ιστοσελίδας www.gov.gr, χρησιμοποιώντας το κείμενο της παρακάτω αίτησης και την αποστολή του παραγόμενου αρχείου (pdf) στο email της Υπηρεσίας μας (ddy@pde.gov.gr)

ΑΙΤΗΣΗ

ΠΡΟΣ:

ΕΠΩΝΥΜΟ:

**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ &
ΚΟΙΝ.ΜΕΡΙΜΝΑΣ**

ΟΝΟΜΑ:

Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

**ΤΜΗΜΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ**

Α.Δ.Τ.:

**(Π. Π. Γερμανού 98, Πάτρα ΤΚ 26225, ισόγειο,
E-mail: ddy@pde.gov.gr)**

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

ΤΗΛ:

Παρακαλώ για την **διαγραφή μου από την σειρά
προτεραιότητας** για την ειδικότητα της

ΚΙΝ:

..... ΣΤΟ

EMAIL:

Νοσοκομείο:.....

Ο/Η αιτών/ούσα

(υπογραφή & ονοματεπώνυμο)

...../...../.....
(ημερομηνία)