

(ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ)

ΑΡ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΑΙΤΗΣΗ

ΚΑΤΑΧΩΡΗΣΗΣ ΙΑΤΡΟΥ ΠΡΟΣ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ

ΠΡΟΣ: ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

**ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ & ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

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

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ _____ ΟΝΟΜΑ _____

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ _____ ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ _____

ΟΔΟΣ-ΑΡΙΘΜΟΣ _____ ΠΟΛΗ _____

Τ.Κ. _____ ΤΗΛΕΦΩΝΟ _____ ΚΙΝΗΤΟ _____

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟ (e-mail) _____

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ _____

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ _____

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΠΟΚΤΗΣΗΣ ΠΤΥΧΙΟΥ _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

ΑΡ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ _____ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____

ΦΟΡΕΑΣ ΕΚΔΟΣΗΣ _____

Παρακαλώ για την τοποθέτησή μου στο νοσοκομείο _____

_____ στην ειδικότητα της _____

_____ σε θέση έμμισθου ειδικευόμενου βοηθού-ιατρού,

για την **έναρξη** ή **συνέχιση** της εκπαίδευσής μου για την απόκτηση του τίτλου της

ιατρικής ειδικότητας της _____ .

Συνηποβάλλω τα απαιτούμενα δικαιολογητικά:

A) _____

B) _____

Γ) _____

Δ) _____

E) _____

ΣΤ) _____

ΠΑΤΡΑ, ____/____/____

Ο/Η ΑΙΤ _____

(Υπογραφή και ονοματεπώνυμο)