|  |
| --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ / YΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΙΑΤΡΟΥ ΚΛΑΔΟΥ Ε.Σ.Υ. ή ΜΕΛΟΥΣ ΔΕΠ ή ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΜΕ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ** |
| **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 στον ηλεκτρονικό κατάλογο για εξειδίκευση στον Σακχαρώδη Διαβήτη»**Θεσσαλονίκη ………/………/20………  | **Προς: Γ.Ν.Θ. “ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ”**Αιτούμαι τη συμμετοχή μου στη διαδικασία επιλογής ειδικευμένων ιατρών προς εξειδίκευση στον Σακχαρώδη Διαβήτη, σύμφωνα με το ΦΕΚ 337/25.01.2023/τ.Β΄.Συνημμένα υποβάλλω φωτοαντίγραφα των κάτωθι δικαιολογητικών: * Πτυχίο
* Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
* Τίτλος ειδικότητας
* Βεβαίωση εγγραφής σε Ιατρικό Σύλλογο
* Αστυνομική ταυτότητα ή διαβατήριο
* Πιστοποιητικό Μετεκπαίδευσης στον Σακχαρώδη Διαβήτη.

 **Για του ιατρούς ΕΣΥ:*** Τη σύμφωνη γνώμη του Δ.Σ. του νοσοκομείου ύστερα από εισήγηση του Διευθυντή του τμήματος/εργαστηρίου που υπηρετώ

 **Για τα μέλη ΔΕΠ και τους Στρατιωτικούς**  **Ιατρούς**:* Σχετική άδεια από τον φορέα που υπηρετώ.

Όπου απαιτείται: * Βεβαίωση γνώσης της ελληνικής γλώσσας, όπως αναφέρεται στην απόφαση Γ4α/Γ.Π.οικ.24194/2021.
* Φωτοαντίγραφο δελτίου μόνιμης διαμονής μέλους οικογένειας πολίτη της Ένωσης
* Οι υπήκοοι χωρών εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης οφείλουν να προσκομίσουν τα δικαιολογητικά που αναφέρονται στην απόφαση Γ4α/Γ.Π.οικ.24194/2023.

 Ο / Η Αιτ….. |