|  |  |
| --- | --- |
| **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….. |