|  |
| --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ / YΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟΥ ΧΩΡΙΣ 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 την εγγραφή μου στον ηλεκτρονικό κατάλογο 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
* Υπεύθυνη δήλωση του άρθρ.8 του ν.1599/86 στην οποία θα αναφέρεται εάν θα ασκούν ή όχι άλλη επαγγελματική δραστηριότητα κατά τη διάρκεια της εξειδίκευσης.
* Υπεύθυνη δήλωση του άρθρ.8 του ν.1599/86 στην οποία θα αναφέρεται ή μη κατοχή πιστοποιητικού μετεκπαίδευσης στον Σακχαρώδη Διαβήτη.

Όπου απαιτείται: * Βεβαίωση γνώσης της ελληνικής γλώσσας, όπως αναφέρεται στην απόφαση
* 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.4133/2023 Απόφαση του Υπουργείου Υγείας

 Ο / Η Αιτ….. |