|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ / YΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΙΔΙΩΤΗ 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 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. * Πιστοποιητικό 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….. |