**ΑΙΤΗΣΗ / ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:**

**ΟΝΟΜΑ:**

**Α.Δ.Τ. / ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:**

**ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:**

**Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ**

**ΟΔΟΣ & ΑΡΙΘΜΟΣ:**

**Τ.Κ.:**

**ΠΟΛΗ:**

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΝΩΝΙΑΣ**

**ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:**

**ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:**

**Email:**

**Θέμα: «Αίτηση συμμετοχής στην**

**επιλογή για εξειδίκευση στην**

**επείγουσα ιατρική»**

Ηράκλειο, ………./………/20…….

**Προς:**

**Νοσοκομείο…………………………….**

Αιτούμαι τη συμμετοχή μου στη διαδικασία επιλογής ειδικευμένων ιατρών προς εξειδίκευση για τις κάτωθι θέσεις:

1. Νοσοκομείο κορμού

………………………………..

2. Νοσοκομείο κορμού

………………………………

Συνημμένα υποβάλλω φωτοαντίγραφα των κάτωθι δικαιολογητικών:

□ Πτυχίο

□ Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος

□ Τίτλος ειδικότητας

□ Βεβαίωση εγγραφής σε Ιατρικό Σύλλογο

□ Αστυνομική ταυτότητα ή διαβατήριο

□ Βεβαίωση εκπλήρωσης υπηρεσίας

υπαίθρου ή βεβαίωση νόμιμης απαλλαγής

□ Υπεύθυνη δήλωση του αρθρ. Ν.1599/86

στην οποία θα αναφέρεται η κατοχή ή μη

τίτλου εξειδίκευσης στη ΜΕΘ (Ενηλίκων)

Όπου απαιτείται:

□ Βεβαίωση γνώσης της ελληνικής γλώσσας

όπως αναφέρεται στην απόφαση

Γ4α/Γ.Π.οικ.21124/2020

□ 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.21124/2020

**Ο ΑΙΤΩΝ / Η ΑΙΤΟΥΣΑ**