

Θεσσαλονίκη, .....

Αριθ. Πρωτ.: .....

## ΑΙΤΗΣΗ/ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Ιατρού κλάδου ΕΣΥ ή μέλους ΔΕΠ ή Στρατιωτικού Ιατρού, χωρίς πιστοποιητικό μετεκπαίδευσης στον Σακχαρώδη Διαβήτη, για εγγραφή στον κατάλογο εξειδίκευσης στον Σακχαρώδη Διαβήτη

Επώνυμο.....

Όνομα.....

Όνομα Πατρός.....

Ειδικότητα .....

Δ/νση κατοικίας.....

Τ.Κ.....

Πόλη.....

Τηλέφωνο.....

e mail .....

Ιδιότητα.....

Θεσσαλονίκη, ...../...../.....

Προς

### Το Γ. Ν. Θ. «Γ.ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»

Αιτούμαι τη συμμετοχή μου στη διαδικασία επιλογής ειδικευμένων ιατρών προς εξειδίκευση στον Σακχαρώδη Διαβήτη.

Παρακαλώ όπως με εγγράψετε στον αντίστοιχο κατάλογο που τηρείται στο Νοσοκομείο, ως ιατρό κλάδου ΕΣΥ ή μέλος ΔΕΠ ή Στρατιωτικό ιατρό, χωρίς πιστοποιητικό μετεκπαίδευσης στον Σακχαρώδη Διαβήτη, σύμφωνα με τα οριζόμενα στην υπ' αριθμ. Γ4α/οικ.4133/16.01.2023 (Β'337) Απόφαση του Υπουργείου Υγείας.

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 άρθρου 8 του ν.1599/1986 περί μη κατοχής πιστοποιητικού μετεκπαίδευσης στον Σακχαρώδη Διαβήτη.

#### Για τους ιατρούς ΕΣΥ:

- Τη σύμφωνη γνώμη του Δ.Σ. του Νοσοκομείου μου, ύστερα από εισήγηση του Διευθυντή του τμήματος/εργαστηρίου όπου υπηρετώ

#### Για τα μέλη ΔΕΠ και τους Στρατιωτικούς Ιατρούς:

- Σχετική άδεια από τον φορέα όπου υπηρετώ.

Ο/Η ΑΙΤ.....