

ΑΙΤΗΣΗ

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 σε
Πιλοτικό Πρόγραμμα Προκαταρκτικής
Κλινικής Άσκησης»**

Προς:

2^Η ΔΥΠΕ ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΑΓΑΙΟΥ

Αιτούμαι τη συμμετοχή μου στο Πιλοτικό
Πρόγραμμα Προκαταρκτικής Κλινικής Άσκησης:
1. Νοσοκομείο:.....

**Συνημμένα υποβάλλω φωτοαντίγραφα των
κάτωθι δικαιολογητικών:**

Πτυχίο ή βεβαίωση από την οποία να
προκύπτει ότι ο ενδιαφερόμενος έχει
καταστεί πτυχιούχος από 01^η.01.2022 και
εφεξής.

Άδεια ή βεβαίωση άσκησης ιατρικού
επαγγέλματος.

Αστυνομική ταυτότητα ή διαβατήριο

Υπεύθυνη Δήλωση περί μη υποβολής
αίτησης σε άλλη ΔΥΠΕ ή νοσοκομείο για
συμμετοχή στο πρόγραμμα προκαταρκτικής
κλινικής άσκησης καθώς και μη προηγούμενης
συμμετοχής του σε αυτό, μη τοποθέτηση για
εκπαίδευση σε κανένα στάδιο της ειδικότητας,
μη επιλογής από προκήρυξη ή πρόσκληση για
την εκπλήρωση της υπηρεσίας υπαίθρου ή
εκπλήρωση αυτής ,μη ύπαρξη νόμιμης
απαλλαγής από την υποχρέωση εκπλήρωσης
υπηρεσίας υπαίθρου.

Όπου απαιτείται:

Πτυχίο Κράτους Μέλους της Ε.Ε.
επικυρωμένο (Σφραγίδα της Χάγης)
συνοδευόμενο από αντίγραφο της επίσημης
μετάφρασης και της απόφασης ισοτιμίας
του ΔΟΑΤΑΠ ή ΔΙΚΑΤΣΑ.

Πιστοποιητικό ελληνομάθειας.

Άγιος Ιωάννης Ρέντης, .../.../202

Ο / Η Αιτ.....