

**ΑΙΤΗΣΗ ΙΔΙΩΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΓΙΑ ΤΡΙΜΗΝΗ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ**

Επώνυμο :

Όνομα :

Όνομα Πατέρα :

Δ/ση Κατοικίας :

T.K. :

Τηλέφωνο/Κινητό :

E-mail:

Ειδικότητα :

ΘΕΜΑ:

Τρίμηνη Εκπαίδευση στην Αιμοκάθαρση

Θεσσαλονίκη :/...../.....

Συνημμένα:

Τίτλος ιατρικής ειδικότητας

ΠΡΟΣ:

**4^η ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ
ΘΡΑΚΗΣ**

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ

Παρακαλώ όπως με συμπεριλάβετε στη λίστα αναμονής, προκειμένου να τοποθετηθώ ως άμισθος εκπαιδευόμενος σύμφωνα με την Αριθμ. Γ5α/Γ.Π.οικ.67509/18.12.2023 (ΦΕΚ 7495/τ.Β/2023) Απόφαση του Υπουργείου Υγείας, στην Αιμοκάθαρση στην Μονάδα Τεχνητού Νεφρού των κάτωθι αναγνωρισμένων Νοσοκομείων:

α).....

β).....

γ).....

δ).....

ε).....

στ).....

Δηλώνω υπεύθυνα ότι δεν κατέχω θέση ιατρού κλάδου Ε.Σ.Υ.

Με την έναρξη της εκπαίδευσής μου σ' ένα από τα ανωτέρω Νοσοκομεία, η αίτηση μου ταυτόχρονα να διαγράφεται από τη λίστα των υπολοίπων Νοσοκομείων.

Ο/Η Αιτ.....