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

Επώνυμο : ………………………………………

Όνομα : …………………………….……………

Όνομα Πατέρα : …………….………………….

Δ/νση Κατοικίας : ………………………………

Τ.Κ. : …………………………………………….

Τηλέφωνο/Κινητό : …………………………….

E-mail: …………………………………………..

Ειδικότητα : ………………..….………………..

**ΘΕΜΑ:**

**Τρίμηνη Εκπαίδευση στην Αιμοκάθαρση**

Θεσσαλονίκη : ……../……../……….

Συνημμένα:

Τίτλος ιατρικής ειδικότητας

**ΠΡΟΣ:**

 **4η 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……………**