

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

ΚΛΑΔΟΣ: ΠΕ ΙΑΤΡΩΝ/ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

ΟΔΟΣ/ΑΡΙΘΜΟΣ:.....

☎ ΣΥΝΕΝΝΟΗΣΗΣ:.....

Θέμα: « ΕΝΤΑΞΗ ΣΕ ΚΛΑΔΟ
ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΩΝ ΙΑΤΡΩΝ Ε.Σ.Υ.»

ΠΡΟΣ:

ΔΙΟΙΚΗΣΗ 1^{ης} Υ.Πε. Αττικής

Επιθυμώ την ένταξη μου στον κλάδο Ειδικευμένων Ιατρών Ε.Σ.Υ. σύμφωνα με το άρθρο 25 του Ν.4238/17-2-2014.

Σας υποβάλλω επικυρωμένα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά, που αποτελούν κριτήρια αξιολόγησης σύμφωνα με την παρ.2.του άρθρου 25 του Ν.4238/2014 και περιγράφονται στην υπ. αριθμ. ΔΥ13α/οικ.39832/1997 Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ/Β'/1088).

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

6.....

7.....

8.....

9.....

10.....

Ο ΑΙΤΩΝ/Η ΑΙΤΟΥΣΑ

Ημερομηνία:/...../2014