**ΑΙΤΗΣΗ -ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ:****ΟΝΟΜΑ:****ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:****Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:****ΑΡΙΘΜΟΣ:****ΠΟΛΗ:****Τ.Κ****ΤΗΛ.****ΚΙΝΗΤΟ:****e-mail.:****Θέμα:** Εκπαίδευση στους υπερήχους**Συνημμένα:** Απόφαση χορήγησηςΤίτλου Ειδικότητας**Ημερομηνία:**   |  **Προς** **Την 1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής** **Τμήμα Εκπαίδευσης**    Παρακαλώ όπως με συμπεριλάβετε στη λίστα αναμονής, προκειμένου να τοποθετηθώ ως  άμισθος υπεράριθμος, σύμφωνα με τις διατάξεις  των Προεδρικών Διαταγμάτων 228/2000 και 210/2003,για να εκπαιδευτώ στους υπερήχους στα κάτωθι αναγνωρισμένα κέντρα:     Δηλώνω υπεύθυνα ότι δεν κατέχω θέση κλάδου Ιατρών Ε.Σ.Υ. Με την έναρξη της εκπαίδευσής μου σε ένα  από τα ανωτέρω αναγνωρισμένα κέντρα, η αίτησή μου να διαγράφεται ταυτόχρονα από τη η λίστα των υπολοίπων κέντρων.  Ο/Η ΑΙΤ………    |