**ΑΙΤΗΣΗ -ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ:**  **ΟΝΟΜΑ:**  **ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:**  **Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:**  **ΑΡΙΘΜΟΣ:**  **ΠΟΛΗ:**  **Τ.Κ**  **ΤΗΛ.**  **ΚΙΝΗΤΟ:**  **e-mail.:**  **Θέμα:** Εκπαίδευση στους υπερήχους  **Συνημμένα:** Απόφαση χορήγησης  Τίτλου 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……… |