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

**Αριθμ. Γ5α/ΓΠοικ.67509/28.12.2023 Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ 7495/τ.Β/2023)**

|  |  |
| --- | --- |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ:****ΟΝΟΜΑ:****ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:****Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:****ΑΡΙΘΜΟΣ:****ΠΟΛΗ:****Τ.Κ.****ΤΗΛ:****ΚΙΝΗΤΟ:****ΗΛΕΚΤΡ.Δ/ΝΣΗ:****ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:** **ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ**[Μαγνητίστε την προσοχή του αναγνώστη σας με μια εξαιρετική παράθεση από το έγγραφο ή χρησιμοποιήστε αυτόν το χώρο για να δώσετε έμφαση σε ένα κύριο σημείο. Για να τοποθετήσετε αυτό το πλαίσιο κειμένου οπουδήποτε στη σελίδα, απλώς σύρετέ το.]**ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ** **Συνημμένα**:**1.Τίτλος ιατρικής ειδικότητας****2.Βεβαίωση Ιατρικού Συλλόγου** | **ΠΡΟΣ:** **1Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ****ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ****ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ****(email: protokollo@1dype.gov.gr)**1.Παρακαλώ όπως με συμπεριλάβετε στη λίστα αναμονής, προκειμένου να τοποθετηθώ ως άμισθος εκπαιδευόμενος στην Αιμοκάθαρση στην Μονάδα Τεχνητού Νεφρού του Νοσοκομείου:Α.Β. Γ. Δ. 2. Δηλώνω υπεύθυνα ότι δεν κατέχω θέση κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ.3. Με την έναρξη της εκπαίδευσής, η αίτησή μου ταυτόχρονα διαγράφεται από τη λίστα που τηρεί η Διοίκηση της 1ης ΥΠΕ για το σκοπό αυτό. **ΑΘΗΝΑ**  **Ο/Η ΑΙΤ……..** |