**ΕΠΩΝΥΜΟ:**

**ΟΝΟΜΑ:**

**ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:**

**Α.Δ.Τ./ΑΡ.ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:**

**ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:**

**Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ**

**ΟΔΟΣ & ΑΡΙΘΜΟΣ:**

**Τ.Κ.:**

**ΠΟΛΗ:**

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ**

**ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:**

**ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:**

**Email:**

**Θέμα: «Αίτηση συμμετοχής στην επιλογή για εξειδίκευση στη λοιμωξιολογία ως ιατρός ενόπλων δυνάμεων»**

**Αθήνα,………./………/20…….**

Αιτούμαι τη συμμετοχή μου στη διαδικασία επιλογής ειδικευμένων ιατρών προς εξειδίκευση στη Λοιμωξιολογία

Συνημμένα υποβάλλω φωτοαντίγραφα των κάτωθι δικαιολογητικών:

Πτυχίο

Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος

Τίτλος ειδικότητας

Βεβαίωση εγγραφής σε Ιατρικό Σύλλογο

Αστυνομική ταυτότητα ή διαβατήριο

Βεβαίωση εκπλήρωσης υπηρεσίας υπαίθρου ή βεβαίωση νόμιμης απαλλαγής

Απόφαση έγκρισης υπηρεσιακής άδειας

Όπου απαιτείται:

Βεβαίωση γνώσης της ελληνικής γλώσσας

**O/H Aιτ……**