

ΑΙΤΗΣΗ

ΠΡΟΣ
Υπουργείο Υγείας και
Κοινωνικής Αλληλεγγύης
Δ/νση Διοικητικού ΝΠΔΔ
Τμήμα Γ΄
(Διά της Δ/νσης Δημόσιας Υγείας
Περιφέρειας Ηπείρου)

ΕΠΩΝΥΜΟ:..... Παρακαλώ να μεριμνήσετε
να τοποθετηθώ στο Νοσοκομείο

ΟΝΟΜΑ:.....

Όνομα πατρός:.....

Αριθμ. Ταυτότητας :..... **Ειδικότητα :**.....

Δ/νση κατοικίας:.....

Οδός:..... **σαν έμμισθος Βοηθός για έναρξη**

Αρίθμ.:..... **Τ.Κ.:**..... ή συνέχιση της ειδίκευσης μου για

Πόλη:..... την απόκτηση τίτλου της Ιατρικής

Τηλέφωνο:..... Ειδικότητας

.....

Μαζί υποβάλλω τα κατά Νόμο
απαιτούμενα δικαιολογητικά
ως εξής:

1)

2)

3).....

4).....

5).....

6).....

7).....

8).....

Ιωάννινα...../...../.....

.....ΑΙΤ.....