



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

7^Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ»

Λεωφ. Κνωσού, Τ.Θ. 44, Τ.Κ 71409, Ηράκλειο Κρήτης

ΑΦΜ 996978666, ΔΟΥ Ηρακλείου

ΑΙΤΗΣΗ/ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Ιατρού κλάδου ΕΣΥ, ή μέλους ΔΕΠ ή
Στρατιωτικού Ιατρού, χωρίς πιστοποιητικό
μετεκπαίδευσης στον Σακχαρώδη Διαβήτη,
για εγγραφή στον κατάλογο εξειδίκευσης
στον Σακχαρώδη Διαβήτη

Επώνυμο.....

Όνομα.....

Όνομα Πατρός.....

Ειδικότητα

Δ/νση κατοικίας.....

Τ.Κ.....

Πόλη.....

Τηλέφωνο.....

e mail

Ιδιότητα.....

Ηράκλειο:

Αριθ. Πρωτ.:

ΠΡΟΣ : Γ. Ν. ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ

Αιτούμαι τη συμμετοχή μου στη διαδικασία επιλογής
ειδικευμένων ιατρών προς εξειδίκευση στον Σακχαρώδη
Διαβήτη. Παρακαλώ όπως με εγγράψετε στον
αντίστοιχο κατάλογο που τηρείται στο Νοσοκομείο, ως
ιατρό κλάδου ΕΣΥ ή μέλος ΔΕΠ ή Στρατιωτικό ιατρό,
χωρίς πιστοποιητικό μετεκπαίδευσης στον Σακχαρώδη
Διαβήτη, σύμφωνα με τα οριζόμενα στην υπ' αριθμ.
Γ4α/οικ.4133/16.01.2023 (Β'337) Απόφαση του
Υπουργείου Υγείας.

Συνημμένα υποβάλλω φωτοαντίγραφα των κάτωθι
δικαιολογητικών:

- Πτυχίο
- Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
- Τίτλος ειδικότητας
- Βεβαίωση εγγραφής σε Ιατρικό Σύλλογο
- Αστυνομική ταυτότητα ή διαβατήριο
- Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του
ν.1599/1986 περί μη κατοχής πιστοποιητικού
μετεκπαίδευσης στον Σακχαρώδη Διαβήτη.

Για τους ιατρούς ΕΣΥ:

- Τη σύμφωνη γνώμη του Δ.Σ. του Νοσοκομείου
μου, ύστερα από εισήγηση του Διευθυντή του
τμήματος/εργαστηρίου όπου υπηρετώ

Για τα μέλη ΔΕΠ και τους Στρατιωτικούς Ιατρούς:

- Σχετική άδεια από τον φορέα όπου υπηρετώ.

Ηράκλειο,/...../.....

Ο/Η ΑΙΤ.....