



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

7<sup>Η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ»

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

ΑΦΜ 996978666, ΔΟΥ Ηρακλείου

## ΑΙΤΗΣΗ/ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Ηράκλειο , .....

Αριθ. Πρωτ.: .....

Ιατρού κλάδου ΕΣΥ, ή μέλους ΔΕΠ ή  
Στρατιωτικού Ιατρού, με 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.....

### 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  
ιατρού κλάδου ΕΣΥ ή μέλος ΔΕΠ ή Στρατιωτικό ιατρό, με  
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
- Πιστοποιητικό 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.

Ο/Η ΑΙΤ.....

Ηράκλειο, ...../...../.....