



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.: .....

Ιδιώτη ιατρού, με πιστοποιητικό  
μετεκπαίδευσης στον Σακχαρώδη Διαβήτη,  
για εγγραφή στον κατάλογο εξειδίκευσης  
στον Σακχαρώδη Διαβήτη

### 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  
ιδιώτη 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.

Επώνυμο.....

Όνομα.....

Όνομα Πατρός.....

Ειδικότητα .....

Συνημμένα υποβάλλω φωτοαντίγραφα των κάτωθι  
δικαιολογητικών:

Δ/νση κατοικίας.....

- Πτυχίο
- Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
- Τίτλος ειδικότητας
- Βεβαίωση εγγραφής σε Ιατρικό Σύλλογο
- Αστυνομική ταυτότητα ή διαβατήριο
- Υπεύθυνη δήλωση του άρθρ.8 του ν.1599/86 στην  
οποία θα αναφέρεται εάν θα ασκώ ή όχι άλλη  
επαγγελματική δραστηριότητα κατά τη διάρκεια  
της εξειδίκευσης.
- Πιστοποιητικό Μετεκπαίδευσης στον Σακχαρώδη  
Διαβήτη.

Τ.Κ.....

Πόλη.....

Τηλέφωνο.....

e mail .....

Ιδιότητα.....

Ο/Η ΑΙΤ.....

Ηράκλειο, ...../...../.....