

**ΑΙΤΗΣΗ
ΤΟΥ /ΤΗΣ ΙΑΤΡΟΥ**

ΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΟΝΟΜΑ.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ.....

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΙΣΑ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ

ΠΕΡΙΟΧΗ.....

ΤΚ.....

ΣΤΑΘ. ΤΗΛΕΦΩΝΟ.....

ΚΙΝΗΤΟ

ΑΘΗΝΑ:.....

ΠΡΟΣ ΤΟ

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
& ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ**

**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΓΕΝ. Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Δια του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών

Σας γνωστοποιώ τη συμμετοχή μου στην
διενέργεια αναγνώρισης ιατρικών
ειδικοτήτων και παρακαλώ να μου
αναγνωρίσετε και να μου χορηγήσετε το
τίτλο της ειδικότητας

.....

Σχετικώς υπαβάλλω τα απαιτούμενα από το
νόμο δικαιολογητικά.

Υπογραφή