

ΠΡΟΣ ΤΟ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ - ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
& ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Νομαρχία : Αθηνών - Πειραιώς

\* Διαμέρισμα : \_\_\_\_\_

**Α Ι Τ Η Σ Η**  
ΤΟΥ ΓΙΑΤΡΟΥ

Δια του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών

ΕΠΩΝΥΜΟ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ \_\_\_\_\_

» ΠΑΤΕΡΑ \_\_\_\_\_

ΑΡΙΘ. ΜΗΤΡΩΟΥ \_\_\_\_\_

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ΤΗΛΕΦΩΝΑ : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Αθήνα \_\_\_\_\_

Σας γνωστοποιώ τη συμμετοχή μου στη  
διενέργεια εξετάσεων ιατρικών ειδικοτήτων πε-  
ριόδου \_\_\_\_\_  
και σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε μετά από  
τις εξετάσεις την ειδικότητα τ \_\_\_\_\_

- Σχετικώς υποβάλλω τα απαιτούμενα από το  
Νόμο δικαιολογητικά.
- Τα δικαιολογητικά τα κατέθεσα στην περίοδο  
\_\_\_\_\_

Υπογραφή