

# ΑΙΤΗΣΗ

## ΚΑΤΑΧΩΡΙΣΗΣ ΑΙΤΗΣΕΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΠΡΟΣ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ

### ΠΡΟΣ ΤΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΗΠΕΙΡΟΥ

#### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ:..... ΟΝΟΜΑ:.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ :..... ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ:.....

ΟΔΟΣ: ..... ΑΡΙΘΜΟΣ:..... ΠΟΛΗ: .....

Τ. Κ.: .....ΤΗΛ: .....ΚΙΝΗΤΟ :.....

E-MAIL: \_\_\_\_\_

Α.Φ.Μ.: \_\_\_\_\_ Α.Μ.Κ.Α: \_\_\_\_\_

ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ: \_\_\_\_\_.

#### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ:.....ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ...../...../.....

Παρακαλώ για την τοποθέτησή μου στο νοσοκομείο ..... στην ειδικότητα ..... στη θέση εμμίσθου ειδικευομένου βοηθού γιατρού για έναρξη ή συνέχιση της εκπαίδευσής μου (κυκλώνετε αναλόγως) για την απόκτηση του τίτλου της Ιατρικής ειδικότητας της .....

Συνηποβάλλω τα απαιτούμενα δικαιολογητικά :

- 1)..... Ημερομηνία.....
- 2).....
- 3)..... Ο/Η ΑΙΤ.....
- 4).....
- 5).....
- 6)..... (υπογραφή)

Η Δ/νση Δημ. Υγείας της Περιφέρειας Ηπείρου ενημερώνει σύμφωνα με το άρθρο 13 του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων ότι υπεύθυνος επεξεργασίας για τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που περιλαμβάνονται στην παρούσα αίτηση είναι ο ΟΤΑ β' βαθμού Περιφέρεια Ηπείρου. Η Περιφέρεια Ηπείρου συλλέγει τα ανωτέρω δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα και τα επεξεργάζεται αποκλειστικά και μόνο για την εκτέλεση των κατά νόμο αρμοδιοτήτων της.