

**ΠΡΟΣ**  
**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**  
**Δ/ΝΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ Ν.Π.**  
**Τμήμα Δ΄**  
(Διά της Δ/σης Δημόσιας Υγείας  
Περιφέρειας Ηπείρου )

**ΑΙΤΗΣΗ**

<b>ΕΠΩΝΥΜΟ:</b> .....	Παρακαλώ να μεριμνήσετε να τοποθετηθώ στο Νοσοκομείο
<b>ΌΝΟΜΑ:</b> .....	.....
<b>Όνομα πατρός:</b> .....	.....
<b>Αριθμ. Ταυτότητας :</b> .....	<b>Ειδικότητα :</b> .....
<b>Δ/ση κατοικίας:</b>	.....
<b>Οδός:</b> .....	<b>ως <u>υπεράριθμος</u> έμμισθος Βοηθός</b>
<b>Αρίθμ.:..... Τ.Κ.:.....</b>	για έναρξη ή συνέχιση της ειδίκευσης
<b>Πόλη:</b> .....	μου για την απόκτηση τίτλου της
<b>Τηλέφωνο:</b> .....	Ιατρικής Ειδικότητας
	.....
	Μαζί υποβάλλω τα κατά Νόμο απαιτούμενα δικαιολογητικά ως εξής:
<b>Ιωάννινα...../...../.....</b>	1) .....
	2) .....
	3).....
	4).....
	5).....
	6).....
	7).....
	8).....
<b>.....ΑΙΤ.....</b>	