

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

ΑΙΤΗΣΗ

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