ΑΙΤΗΣΗ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ ΧΡΟΝΟΥ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΥΠΕΡΗΧΟΥΣ : …….

ΕΠΩΝΥΜΟ ……..…..

ΟΝΟΜΑ ……..……

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ ……..……

ΤΑΧ.Δ/ΝΣΗ ……..……..……..

……..……

ΠΟΛΗ ……..……

Τ.Κ ……..……

ΤΗΛ …… ΚΙΝ ……..……..

Ε-ΜΑΙ …… ……

ΑΘΗΝΑ: ……..

ΠΡΟΣ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Δ/ΝΣΗ ΙΑΤΡΩΝ, ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ & ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ Α΄

Σας υποβάλω πιστοποιητικά , από τα οποία προκύπτει ότι εκπαιδεύτηκα:

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

και παρακαλώ για την αναγνώριση του ανωτέρω χρόνου ασκήσεώς μου προκειμένου να λάβω μέρος στις εξετάσεις εξειδίκευσης υπερήχων ειδικότητας

……
……

Ο/Η ΑΙΤ…….

ΥΠΟΓΡΑΦΗ