

ΝΑΥΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΑΙΤΗΣΗ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΕΠΩΝΥΜΟ

ΟΝΟΜΑ.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ.....

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ.....

ΙΔΙΟΤΗΤΑ/ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ.....

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ

ΤΗΛΕΦΩΝΟ.....E-MAIL.....

1.Παρακαλώ να δεχτείτε την
αίτηση.....
.....

Το χρονικό διάστημα από.....έως.....

Θα εκτελώ βάρδιες.....

2.Συνημμένα σας υποβάλλω:

α. Ακριβές αντίγραφο του πτυχίου μου*

* για πτυχία που χορηγήθηκαν από κράτη- μέλη της Ε.Ε.: φωτοαντίγραφο του
ξενόγλωσσου πτυχίου και της επικύρωσής του (Σφραγίδα Χάγης)

** για πτυχία που χορηγήθηκαν από χώρες εκτός της Ε.Ε. : φωτοαντίγραφο
του ξενόγλωσσου πτυχίου και αντίγραφο αναγνώρισης τίτλου από αρμόδιο φορέα-
ΔΟΑΤΑΠ

β. Υπεύθυνη δήλωση του Νόμου 1599/1986 όπου δηλώνει ότι ουδεμία
απαιτήση οικονομικής ή ασφαλιστικής φύσεως θα έχω από το ΝΝΑ για το χρόνο της
εκπαιδεύσεώς μου, όπως επίσης καμία απαίτηση δεν θα έχει και ο ασφαλιστικός
φορέας που με καλύπτει .

γ. Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας/διαβατηρίου

δ. Άδεια Ασκήσεως Επαγγέλματος

ε. Εγγραφή στον Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών

στ. Διορισμός σε Νοσοκομείο για λήψη Ειδικότητας

ε. Σύμφωνη γνώμη Δντη Κλινικής/Αίτημα από Νοσοκομείο Διορισμού

στ. Ιολογικό έλεγχο (αντισώματα Ηπατίτιδας Β´-HIV)

Ο/Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ/ΝΤΡΙΑ

Ο ΑΙΤΩΝ/ Η ΑΙΤΟΥΣΑ

ΚΛΙΝΙΚΗΣ / ΤΜΗΜΑΤΟΣ