

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ**

**ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ**

**ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ (Κ.Κ.Π.Π.Α.) – Ν.Π.Δ.Δ.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Α Ι Τ Η Σ Η** Επώνυμο: ......................................................................Όνομα:……………………….......................................Όνομα Πατρός: ............................................................. Α.Δ.Τ.: …………………………..................................Α.Φ.Μ.: .......................................................................Τόπος κατοικίας: ..........................................................Οδός: ............................................................................Αρ.:..................... Τ.Κ.: ................................................Τηλέφωνο σταθερό: .....................................................Τηλέφωνο κινητό: ......................................................... | **ΠΡΟΣ :** **ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ** **ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ (Κ.Κ.Π.Π.Α.) - Ν.Π.Δ.Δ.**Παρακαλώ να εξετάσετε το αίτημά μου για κατάρτιση Ιδιωτικού Συμφωνητικού παροχής ανεξάρτητων ιατρικών υπηρεσιών ως Ιατρού ειδικότητας ................................................................. σύμφωνα με την αρ. Πρωτ.:οικ. 4905/25-07-2018 Ανακοίνωση - Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος.**Συνημμένα υποβάλλω:******1.** Αντίγραφο τίτλου σπουδών******2.** Αντίγραφο τίτλου ειδικότητας****3. Άδεια άσκησης επαγγέλματος******4.** Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας******5**. Βιογραφικό Σημείωμα** Ημερομηνία ...../....../2018Η/Ο ΑΙΤ.............. |