

**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 ...../....../2018  Η/Ο ΑΙΤ.............. |