|  |  |
| --- | --- |
| **Α Ι Τ Η Σ Η**  Επώνυμο: ...................................................................  Όνομα………………………......................................  Όνομα Πατρός: ..........................................................  Α.Δ.Τ.…………………………..................................  Α.Φ.Μ.: ......................................................................  ΔΟΥ. :………………………………………………  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 Παιδοψυχιατρικής στο Παράρτημα Παιδικού Αναπτυξιακού Κέντρου Αττικής «Μιχαλήνειο», σύμφωνα με την με αριθμ. πρωτ.: 19604/02-08-2022 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 ...../....../2022  Η/Ο ΑΙΤ.............. |