# ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
# ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΔΙΕΚΔΙΚΗΣΗ ΘΕΣΗΣ**
**Ειδικευόμενου/ Εξειδικευόμενου Ιατρού**
**στις αναγνωρισμένες για ειδικότητα/ εξειδίκευση κλινικές**

***(Να συμπληρωθεί από τον αιτητή/τρια ιδιόχειρα)***

| |
|---|
| Ειδικότητα/ υποειδικότητα/ εξειδίκευση για την οποία υποβάλλεται (μέχρι μία):<br><br>..... ..... |

**Α. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

| | |
|---|---|
| Όνομα: ..... | |
| Επώνυμο Πατρός: ..... <br>(Όπως αναγράφεται στο πιστοποιητικό γέννησης) | |
| Επώνυμο: ..... <br>(Να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που το επώνυμο του/της αιτητή/τριας έχει αλλάξει από το επώνυμο που αναγράφεται στο πιστοποιητικό γέννησης) | |
| Ημερ. Γέννησης ..... <br><br>Τόπος Γέννησης ..... <br>(Να επισυναφθεί επίσημο πιστοποιητικό γέννησης) | Υπηκοότητα ..... <br><br>Αρ. Πολ. Ταυτότητας ή Διαβατηρίου ..... <br><br>Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων (αν υπάρχει) ..... |
| <u>Διεύθυνση Διαμονής</u> <br><br>Οδός και Αριθμός ..... <br><br>Ταχ. Κιβώτιο ..... <br><br>Δήμος / Κοινότητα ..... <br><br>Επαρχία ..... <br><br>Ταχ. Κώδικας ..... | <u>Αριθμοί Τηλεφώνου για επικοινωνία</u> <br><br>Οικίας ..... <br><br>Εργασίας ..... <br><br>Κινητό ..... <br><br>Άλλο ..... <br><br>Ηλ. Ταχ. ..... |
| Προσόντα: | (α) πτυχίο που αναγνωρίζεται από τις Ελληνικές Αρχές ..... <br>..... <br><br>(β) άλλο ..... <br>..... <br><br>(γ) Εγγραφή στο Μητρώο Ιατρών Κύπρου: Αρ. Μητρώου: ..... |

| Α/Α | Επισυνημμένα αντίγραφα | Σημειώστε με √ |
|---|---|---|
| 1. | Πιστοποιητικό Γέννησης | |
| 2. | Πτυχίο Πανεπιστημίου (Επικυρωμένο) | |
| 3. | Πιστοποιητικό ΔΟΑΤΑΠ (όπου εφαρμόζεται) | |
| 4. | Εγγραφή στο Μητρώο Ιατρών Κύπρου | |
| 5. | Αναγνώριση τίτλου ειδικότητας από Ιατρικό Συμβούλιο Κύπρου (όπου εφαρμόζεται) | |
| 6. | Βιογραφικό Σημείωμα | |
| 7. | Άλλα (καθορίστε) | |

**Β. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

Δηλώνω υπεύθυνα ότι κατέγραψα στο παρόν έντυπο όλα τα στοιχεία που έχουν ζητηθεί, ότι τα στοιχεία και τα επισυναπτόμενα που έδωσα είναι ακριβή και αληθή και ότι το έντυπο συμπληρώθηκε από εμένα.

Υπογραφή: ..... Ημερομηνία: .....

---

**Γ. ΑΠΟΚΟΜΜΑ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΓΙΑ ΔΙΕΚΔΙΚΗΣΗ ΘΕΣΗΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΥ/ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΥ ΙΑΤΡΟΥ**

*Συμπληρώνεται από τον / την αιτητή / αιτήτρια*

Ονοματεπώνυμο: .....

Ημερομηνία υποβολής της αίτησης ..... Αρ. Ταυτότητας: .....