|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ** | |
|  | **ΠΡΟΣ** |
|  | **Τη Διοίκηση της 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας**  **Μακεδονίας** |
| ΕΠΩΝΥΜΟ : |  |
| ΟΝΟΜΑ : | Παρακαλώ να κάνετε δεκτή την αίτηση μου για τη στελέχωση της Επιτροπής Ελέγχου της 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας.  Επισυνάπτονται :  1. ……………………………………………………………..  2. ……………………………………………………………..  3. ……………………………………………………………..  4. ……………………………………………………………..  5. ……………………………………………………………..  6. …………………………………………………………….  7. …………………………………………………………….  8. …………………………………………………………….  ΣΥΝΝΗΜΜΕΝΑ: ……. Δικαιολογητικά  (Συμπληρώνεται ο αριθμός των δικαιολογητικών που υποβάλλονται) |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ : |
| ΑΔΤ ή ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ : |
| ΤΗΛ : |
| ΚΙΝ. ΤΗΛ. : |
| e mail : |
| **ΘΕΜΑ :** **Κατάθεση αίτησης συμμετοχής στην πρόσκληση για τη στελέχωση της Επιτροπής Ελέγχου της 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας.** |
|  | Θεσσαλονίκη, …./…./2023      Ο/Η Αιτών/ούσα  ………………………………………………………….  (Υπογραφή) |