

## Α Ι Τ Η Σ Η

ΕΠΩΝΥΜΟ.....  
ΟΝΟΜΑ.....  
ΟΝ. ΠΑΤΡΟΣ .....  
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ.....  
ΠΕΡΙΟΧΗ.....  
ΟΔΟΣ.....  
Τ.Κ.....  
ΑΡ.ΔΕΛΤ.ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ.....  
Α.Φ.Μ.....  
ΤΗΛΕΦΩΝΟ.....

### ΠΡΟΣ

Τη Διεύθυνση  
Διοικητικού/Προσωπικού του Δήμου  
Καστοριάς

Με την παρούσα αίτηση σας υποβάλλω τα απαιτούμενα δικαιολογητικά κατόπιν της υπ' αριθ. 26316/08-07-2024 (ΑΔΑ:6ΙΡΦΩΕΥ-ΜΦΘ) Ανακοίνωσης του Δήμου Καστοριάς για τη σύναψη σύμβασης έργου διάρκειας ενός (1) έτους ειδικότητας (1) ιατρού ειδικότητας ΠΕ Παθολόγου ή Καρδιολόγου, η Γενικής Ιατρικής. για την κάλυψη αναγκών του Δήμου για τη στελέχωση του Κοινωνικού Ιατρείου του Δήμου Καστοριάς και παρακαλώ για τις απαιτούμενες ενέργειές σας.

Ημερομηνία ...../...../20.....

Ο/Η Αιτών/ούσα

### Συνημμένα:

1. Φωτοαντίγραφο των δύο όψεων του ατομικού δελτίου ταυτότητας.
2. Τίτλο σπουδών.
3. Άδεια άσκησης επαγγέλματος.
4. Βεβαίωση οικείου Ιατρικού Συλλόγου.