

ΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ
ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΩΝ ΔΕΛΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΘΛΗΤΩΝ

Δηλώνω ότι επιθυμώ όπως παρέχω τις υπηρεσίες μου ως μέλος των Επιτροπών Αξιολόγησης Δελτίων Υγείας Αθλητών ΚΟΑ.

Όνοματεπώνυμο:.....

Διεύθυνση:.....

Τηλ.οικίας:.....Κινητό Τηλ:.....Τηλ.Εργασίας:.....

E-mail.....Φαξ:.....

.

Να επισυναφθούν τα πιο κάτω:

1. Εγγραφή στο Μητρώο Ιατρών Κύπρου (να προσκομιστεί αντίγραφο).
2. Κάτοχος πιστοποιητικού ειδικότητας σύμφωνα με τον περί εγγραφής Ιατρών Νόμο (να προσκομιστεί αντίγραφο).
3. Εξειδικευμένη γνώση / εκπαίδευση στην πρόληψη αιφνίδιου θανάτου σε αθλητές
4. Πείρα στην εξέταση αθλουμένων για την απόκτηση Δελτίου Υγείας.
5. Ανάμιξη με τον Αθλητισμό και την αθλητιατρική γενικότερα.
6. Σύντομο Βιογραφικό το οποίο να περιλαμβάνει τουλάχιστον τα προσωπικά στοιχεία, την επαγγελματική πείρα και οτιδήποτε άλλο κρίνεται απαραίτητο.

Άλλα στοιχεία τα οποία θεωρείτε σκόπιμο να αναφέρετε:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ημερομηνία:.....

Υπογραφή: