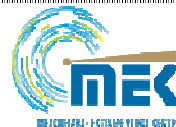




ΚΕ.ΚΑ.Π.Ε.Λ. Α.Ε.



## ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

για συμμετοχή στο Πρόγραμμα Κατάρτισης «Σχεδιασμός και Υλοποίηση Προγραμμάτων Προαγωγής Υγείας» το οποίο υλοποιείται από το «ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ» Γενικό Νοσοκομείο Μυτιλήνης

<b>A. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ</b> [συμπληρώστε κατάλληλα (με κεφαλαία γράμματα, αριθμούς ή το σημείο <b>X</b> ) τα ατομικά σας στοιχεία]					
1. Επώνυμο:	2. Όνομα:	3. Όν. πατέρα:			
4. Όν. μητέρας:	5. Ημ/νία γέννησης: / /	6. Φύλο: Α <input type="checkbox"/>	Γ <input type="checkbox"/>		
7. Α.Δ.Τ.:	8. ΑΜΚΑ:	9. Τόπος κατοικίας:			
10. Οδός:	11. Αριθ.:	12. Τ.Κ.:			
13. Τηλέφωνο (με κωδικό):	14. Κινητό:	15. e-mail:			

<b>B. ΒΑΘΜΟΛΟΓΟΥΜΕΝΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ</b> [συμπληρώστε κατάλληλα (με αριθμό ή με το σημείο <b>X</b> ) τα παρακάτω πεδία με την ελληνική αρίθμηση (α., β. κτλ.) σύμφωνα με τις ειδικότερες οδηγίες που σας παρέχονται σε καθεμία από τις τρεις κατηγορίες κριτηρίων (B.1., B.2. κτλ.)]
--

<b>B.1. Εκπαιδευτικό Επίπεδο</b> [σημειώστε <b>X</b> σε <b>ένα μόνο</b> από τα παρακάτω τρία πεδία (α. ή β. ή γ.) ανάλογα με το εκπαιδευτικό σας επίπεδο]	
α. Πανεπιστημιακή εκπαίδευση (ΠΕ) <input type="checkbox"/>	β. Τεχνολογική Εκπαίδευση (ΤΕ) <input type="checkbox"/>
γ. Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (ΔΕ) <input type="checkbox"/>	

<b>B.2. Φορέας Απασχόλησης</b> [σημειώστε <b>X</b> σε <b>ένα μόνο</b> από τα παρακάτω πέντε πεδία (α. ή β. ή γ. ή δ. ή ε. ή στ.) ανάλογα με το Φορέα Απασχόλησης στον οποίο εργάζεστε]			
α. Κέντρο Υγείας <input type="checkbox"/>	β. Νοσοκομείο <input type="checkbox"/>	γ. Περιφερειακό / Δημοτικό Ιατρείο <input type="checkbox"/>	
δ. Κοινωνικό Ιατρείο <input type="checkbox"/>	ε. Δομή Αποκατάστασης <input type="checkbox"/>	στ. Κέντρο Ψυχικής Υγείας, Φυλακές, Ψυχιατρεία <input type="checkbox"/>	

<b>B.3. Ειδικότητα</b> [σημειώστε <b>X</b> σε <b>ένα μόνο</b> από τα παρακάτω πέντε πεδία (α. ή β. ή γ. ή δ. ή ε.) ανάλογα με την ειδικότητά σας]			
α. Νοσηλεύτης/τρια <input type="checkbox"/>	β. Μαία <input type="checkbox"/>	γ. Επισκέπτης Υγείας <input type="checkbox"/>	
δ. Κοινωνικός/ή Λειτουργός <input type="checkbox"/>	ε. Παρασκευαστής/τρια <input type="checkbox"/>	στ. Διοικητικό Προσωπικό <input type="checkbox"/>	

### ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Όλα τα **στοιχεία** της αίτησής μου είναι **ακριβή και αληθή** και **κατέχω όλα τα απαιτούμενα προσόντα** για κάθε επιδιωκόμενη θέση απασχόλησης, όπως αυτά αναφέρονται στην ανακοίνωση και αναγράφονται στην παρούσα αίτηση. Σε περίπτωση ανακρίβειας γνωρίζω ότι θα έχω τις συνέπειες που προβλέπονται από τις διατάξεις του Ν. 1599/1986.

Ημερομηνία: .....

Υπογραφή

Όνοματεπώνυμο: .....

Παρακαλώ επισυνάψτε στην παρούσα Αίτηση πρόσφατο Βιογραφικό Σημείωμα σας

ΣΤΕΙΛΤΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ: Α. ΓΙΑ ΤΗ ΜΥΤΙΛΗΝΗ ΣΤΟ FAX: 22510 40332  
Β. ΓΙΑ ΤΗ ΣΑΜΟ ΣΤΟ FAX: 22730 89531

