ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι**) 6η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ**

 **ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ-ΙΟΝΙΩΝ ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

**ΑΙΤΗΣΗ-ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ**

**για την πρόσληψη**  **ΔΕ** **ΠΛΗΡΩΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΩΝ/ΔΙΑΣΩΣΤΗ-ΠΛΗΡΩΜΑ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟΥ, με καθεστώς έκδοσης δελτίου παροχής υπηρεσιών.**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:**

**ΟΝΟΜΑ:**

**ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:**

**ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ:**

**E-MAIL:**

**ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ:**

**ΘΕΣΕΙΣ ΠΡΟΤΙΜΗΣΗΣ**

 **1. ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΟΡΕΙΟΥ ΤΟΜΕΑ ΠΑΤΡΩΝ**

 **2. ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΩ ΧΩΡΑΣ (ΝΑΥΠΑΚΤΙΑΣ)**

**ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

**Επισυνάπτονται :**

1…………………………………

2…………………………………..

3……………………………………

4………………………………………

5………………………………………

6…………………………………………..

7………………………………………….

8………………………………………….

**Συνημμένα…………….(αριθμός σελίδων)**

 **Ημερομηνία: /2024**

 **Ο ΑΙΤΩΝ/Η ΑΙΤΟΥΣΑ**

 **(ΥΠΟΓΡΑΦΗ)**

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ) **6η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ**

 **ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ-ΙΟΝΙΩΝ ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

**ΑΙΤΗΣΗ-ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ**

**για την πρόσληψη ΔΕ** **ΠΛΗΡΩΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΩΝ/ΔΙΑΣΩΣΤΗ-ΠΛΗΡΩΜΑ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟΥ --χωρίς άδεια και πιστοποίηση,**  **με καθεστώς έκδοσης δελτίου παροχής υπηρεσιών.**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:**

**ΟΝΟΜΑ:**

**ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:**

**ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ:**

**E-MAIL:**

**ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ:**

**ΘΕΣΕΙΣ ΠΡΟΤΙΜΗΣΗΣ**

 **1. ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΟΡΕΙΟΥ ΤΟΜΕΑ ΠΑΤΡΩΝ**

 **2. ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΩ ΧΩΡΑΣ (ΝΑΥΠΑΚΤΙΑΣ)**

 **ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

**Επισυνάπτονται :**

1…………………………………

2…………………………………..

3……………………………………

4………………………………………

5………………………………………

6…………………………………………..

7………………………………………….

8………………………………………….

**Συνημμένα…………….(αριθμός σελίδων)**

 **Ημερομηνία: /2024**

 **Ο ΑΙΤΩΝ/Η ΑΙΤΟΥΣΑ**

 **(ΥΠΟΓΡΑΦΗ)**