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)**