**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι) 6η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ**

 **ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ-ΙΟΝΙΩΝ ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ /ΑΙΤΗΣΗ-ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ**

**για την πρόσληψη , ΔΕ ΠΛΗΡΩΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΩΝ, με καθεστώς έκδοσης δελτίου παροχής υπηρεσιών.**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:**

**ΟΝΟΜΑ:**

**ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:**

**Α.Δ.Τ. :**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:**

**ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ:**

**E-MAIL:**

**ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ:**

**ΘΕΣΕΙΣ ΠΡΟΤΙΜΗΣΗΣ**

**1 . ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΛΑΧΙΩΤΗ**

**2. ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΡΧΑΙΑΣ ΟΛΥΜΠΙΑΣ**

**3. ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΟΝΙΤΣΑΣ**

**4. ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΓΑΡΓΑΛΙΑΝΩΝ**

**5. ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΤΣΟΒΟΥ**

**6. ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΡΑΝΙΔΙΟΥ**

**7. ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΛΥΓΟΥΡΙΟΥ**

**8. ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΓΚΟΥΡΑΣ**

**ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

**Επισυνάπτονται :**

1. ………………………………

2. ……………………………….

3. ……………………………….

4. ……………………………….

5. ……………………………….

6. ……………………………….

7. ……………………………….

8. …………………………………

9. …………………………………

10. ………………………………

11. ………………………………

**Συνημμένα…………….(αριθμός σελίδων)**

 **Ημερομηνία: / /2025**

 **Ο ΑΙΤΩΝ/Η ΑΙΤΟΥΣΑ**

 **(ΥΠΟΓΡΑΦΗ)**

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ)** **6η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ**

 **ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ-ΙΟΝΙΩΝ ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ /ΑΙΤΗΣΗ-ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ**

**για την πρόσληψη, ΔΕ ΟΔΗΓΩΝ (Γ ή C ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ), με καθεστώς έκδοσης δελτίου παροχής υπηρεσιών.**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:**

**ΟΝΟΜΑ:**

**ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:**

**Α.Δ.Τ. :**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:**

**ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ:**

**E-MAIL:**

**ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ:**

**ΘΕΣΕΙΣ ΠΡΟΤΙΜΗΣΗΣ**

**1. ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΛΑΧΙΩΤΗ**

**2. ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΡΧΑΙΑΣ ΟΛΥΜΠΙΑΣ**

**3. ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΟΝΙΤΣΑΣ**

**4. ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΓΑΡΓΑΛΙΑΝΩΝ**

**5. ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΤΣΟΒΟΥ**

**6. ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΡΑΝΙΔΙΟΥ**

**7. ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΛΥΓΟΥΡΙΟΥ**

**8. ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΓΚΟΥΡΑΣ**

**ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

**Επισυνάπτονται :**

1. ………………………………

2. ……………………………….

3. ……………………………….

4. ……………………………….

5. ……………………………….

6. ……………………………….

7. ……………………………….

8. …………………………………

9. …………………………………

10. ………………………………

11. ………………………………

**Συνημμένα…………….(αριθμός σελίδων)**

 **Ημερομηνία: / /2025**

 **Ο ΑΙΤΩΝ/Η ΑΙΤΟΥΣΑ**

 **(ΥΠΟΓΡΑΦΗ)**