

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II)

**6^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ-ΙΟΝΙΩΝ ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ /ΑΙΤΗΣΗ-ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

**για την πρόσληψη , ΔΕ ΒΟΗΘΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ (ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΑ ΠΡΟΣΩΝΤΑ), με
καθεστώς έκδοσης δελτίου παροχής υπηρεσιών.**

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ:

E-MAIL:

ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ:

ΘΕΣΕΙΣ ΠΡΟΤΙΜΗΣΗΣ

1. ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΩ ΑΧΑΪΑΣ

☐

1. ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΤΙΟΥ ΤΟΜΕΑ ΠΑΤΡΩΝ

☐

1. ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΟΡΕΙΟΥ ΤΟΜΕΑ ΠΑΤΡΩΝ

☐

1. ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΧΑΛΑΝΔΡΙΤΣΑΣ

☐

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Επισυνάπτονται :

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

6.....

7.....

8.....

9.....

Συνημμένα.....(αριθμός σελίδων)

Ημερομηνία: /2026

Ο ΑΙΤΩΝ/Η ΑΙΤΟΥΣΑ

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ)

