

ΑΙΤΗΣΗ

ΠΡΟΣ

4^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ

ΙΟΥΣΤΙΝΙΑΝΟΥ 1 & ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΝΤΙΣΤΑΣΕΩΣ 11
Τ.Κ. 55134 ΚΑΛΑΜΑΡΙΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

ΟΝΟΜΑ:

ΕΠΙΘΕΤΟ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:

ΑΔΤ ή ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:

ΚΑΤΟΙΚΟΣ:

ΟΔΟΣ- ΑΡΙΘΜΟΣ:

ΤΚ:

ΤΗΛ:

e-mail:

ΚΙΝ. ΤΗΛ.:

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:

ΔΕ ΠΛΗΡΩΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΩΝ /
ΔΙΑΣΩΣΤΗ - ΠΛΗΡΩΜΑ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟΥ

ΔΕ ΠΛΗΡΩΜΑ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟΥ / ΔΙΑΣΩΣΤΗ -
(ΧΩΡΙΣ ΑΔΕΙΑ ΚΑΙ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ)

ΔΕ ΟΔΗΓΩΝ (Γ' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ)

Οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να σημειώνουν με ✓ ή X τα δικαιολογητικά που καταθέτουν από την διπλανή λίστα με ευθύνη τους.

ΣΥΝΝΗΜΜΕΝΑ: Δικαιολογητικά

(Συμπληρώνεται ο αριθμός των δικαιολογητικών που υποβάλλονται)

Παρακαλώ όπως δεχτείτε την παρούσα αίτηση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για τη θέση του:

Α. ΔΕ ΠΛΗΡΩΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΩΝ / ΔΙΑΣΩΣΤΗ - ΠΛΗΡΩΜΑ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟΥ

Β. ΔΕ ΠΛΗΡΩΜΑ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟΥ / ΔΙΑΣΩΣΤΗ - (ΧΩΡΙΣ ΑΔΕΙΑ ΚΑΙ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ)

Γ. ΔΕ ΟΔΗΓΩΝ (Γ' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ)

Για το Κέντρο Υγείας:

1.

2.

Επισυναπτόμενα δικαιολογητικά:

1. Φωτοτυπία της ταυτότητας ή του διαβατηρίου από το οποίο θα προκύπτει ότι ο κάτοχος είναι Έλληνας υπήκοος ή υπήκοος χώρας μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Οι σύζυγοι Ελλήνων υπηκόων ή υπηκόων κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, θα υποβάλλουν φωτοαντίγραφο δελτίου μόνιμης διαμονής μέλους οικογένειας πολίτη της Ένωσης.

Οι υπήκοοι τρίτων χωρών θα υποβάλλουν φωτοαντίγραφο του δελτίου παραμονής επί μακρόν ή φωτοαντίγραφο μπλε κάρτας της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή φωτοαντίγραφο δελτίου άδειας παραμονής ομογενούς ή φωτοαντίγραφο δελτίου παραμονής δεύτερης γενιάς.

2. Αναλυτικό Βιογραφικό Σημείωμα.

3. Επαγγελματική άδεια οδήγησης Γ' κατηγορίας.

4. Αντίγραφο τίτλου σπουδών.

5. Άδεια άσκησης επαγγέλματος.

6. Υπεύθυνη Δήλωση.

7. Πιστοποιητικό απόδειξης εργασιακής εμπειρίας.

8. Βεβαίωση εμπειρίας / προϋπηρεσίας από τον ασφαλιστικό φορέα (την αντίστοιχη που υποβάλλεται και στις προκηρύξεις του ΑΣΕΠ).

9. Πρόσφατη βεβαίωση από τον ΟΑΕΔ για την απόδειξη του χρόνου ανεργίας.

Ημερομηνία

.....

Ο/Η Αιτών/ούσα