

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ 6ΗΣ Υ. ΠΕ.**

**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΤΑΣ**

**Σ.Α.Ε.Κ. Γ.Ν. ΑΡΤΑΣ**

**ΒΟΗΘΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ**

**ΟΝΟΜΑΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

**ΑΜΚΑ …………………………………**

**ΕΠΩΝΥΜΟ……………………………**

**ΟΝΟΜΑ ……………………………….**

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ**

**…………………………………………..**

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ**

**…………………………………………..**

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ**

**ΠΟΛΗ …………………………………..**

**ΟΔΟΣ – ΑΡΙΘΜΟΣ- Τ.Κ.**

**……………………………………………**

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ**

**ΣΤΑΘΕΡΟ : …………………………….**

**ΚΙΝΗΤΟ : …………………………….**

**Ε-MAIL : …………………………….**

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ**

**ΑΡΙΘΜΟΣ ……………………………..**

**ΗΜ. ΕΚΔΟΣΗΣ ……………………….**

**ΑΡΧΗ ΕΚΔΟΣΗΣ ……………………..**

**ΔΗΜΟΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ**

**……………………………………………**

**ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΡΡΕΝΩΝ ………….**

**ΑΡ. ΔΗΜΟΤΟΛΟΓΙΟΥ ……………….**

**ΘΕΜΑ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ**

**Αίτηση επιλογής ως καταρτιζομέν…..**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ**

**…………………………………...**

**ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ………………………**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ………………….**

**ΑΙΤΗΣΗ – ΔΗΛΩΣΗ**

**ΠΡΟΣ ΤΗ Σ.Α.Ε.Κ. Γ.Ν. ΑΡΤΑΣ**

**Παρακαλώ για την επιλογή μου ως**

**καταρτιζομέν….. στην ειδικότητα :**

**ΒΟΗΘΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**🗆 ΓΕΝΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ**

**🗆 ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ**

**Δηλώνω ότι δεν έχω υποβάλει αίτηση επιλογής σε άλλο Δημόσιο Σ.Α.Ε.Κ. αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας ή**

**έχω υποβάλει αίτηση και στις Σ.Α.Ε.Κ. αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας :**

**Έχω λάβει γνώση του κανονισμού σπουδών και λοιπών υποχρεώσεων και δηλώνω ότι τα αποδέχομαι .**

**Ο/Η Αιτ……… και Δηλ…….**

**( Υπογραφή )………………………….**

**Συνημμένα υποβάλλονται τα δικαιολογητικά**

**που προβλέπονται στο άρθρο 12 παρ. 6 της αρ. 5954/2014 Απόφασης του Υπουργού Παιδείας (ΦΕΚ 1807 /2014 τ. Β).**

**1.Τίτλος σπουδών :**

**…………………………………………………...**

**2. Δελτίο Αστυν. Ταυτότητας (φωτοαντίγραφο)**

**3. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης**

**4. Πιστοποιητικό γέννησης**

**5. Βεβαίωση προϋπηρεσίας**

**……………………………………………………...**

**6. Διαβατήριο ή ταυτότητα ομογενή**

**7. Βεβαίωση ΑΜΚΑ**

**8. Βεβαίωση ΑΦΜ**

**9. Βεβαίωση ΑΜΑ**