

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ 6ΗΣ Υ. ΠΕ.**

**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΤΑΣ**

**Σ.Α.Ε.Κ. Γ.Ν. ΑΡΤΑΣ**

**ΟΝΟΜΑΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

**ΑΜΚΑ ……………………**

**ΕΠΩΝΥΜΟ………………**

**ΟΝΟΜΑ………………….**

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ**

**………………………………..**

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ**

**………………………………..**

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ - ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ**

**ΠΟΛΗ …………………………………..**

**ΟΔΟΣ – ΑΡΙΘΜΟΣ- Τ.Κ.**

**……………………………………………**

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ**

**ΣΤΑΘΕΡΟ : …………………………….**

**ΚΙΝΗΤΟ : …………………………….**

**E mail : ………………………………**

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ**

**ΑΡΙΘΜΟΣ ……………………………..**

**ΗΜ. ΕΚΔΟΣΗΣ ……………………….**

**ΑΡΧΗ ΕΚΔΟΣΗΣ ……………………..**

**ΔΗΜΟΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ**

**……………………………………………**

**ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΡΡΕΝΩΝ ………….**

**ΑΡ. ΔΗΜΟΤΟΛΟΓΙΟΥ ……………….**

**ΘΕΜΑ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ**

**Οριστικοποίηση της εγγραφής μου.**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ**

**…………………………………...**

**ΠΑΡΕΛΑΒΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ**

**ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ………………………**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ………………….**

**ΑΙΤΗΣΗ – ΔΗΛΩΣΗ**

**ΠΡΟΣ ΤH Σ.Α.Ε.Κ. Γ.Ν. ΑΡΤΑΣ**

**Παρακαλώ για την εγγραφή μου ως**

**καταρτιζομέν….. στην ειδικότητα :**

**ΒΟΗΘΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**🗆 ΓΕΝΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ**

**🗆 ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ**

**Δηλώνω ότι :**

**1. Δεν έχω υποβάλει αίτηση εγγραφής μου σε άλλο Δημόσιο Ι.Ε.Κ. αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας.**

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

**Ο/Η Αιτ……… και Δηλ…….**

**( Υπογραφή )………………………….**