

# ΑΙΤΗΣΗ

ΠΡΟΣ

**4<sup>η</sup> 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:

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