

ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ		
	ΠΡΟΣ 4^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ ΙΟΥΣΤΙΝΙΑΝΟΥ 1 & ΕΘΝ. ΑΝΤΙΣΤΑΣΕΩΣ 11, 551 34 ΚΑΛΑΜΑΡΙΑ/ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ	
ΟΝΟΜΑ:	Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι επιθυμώ να συμμετάσχω ως υποψήφιος στην αριθμ. πρωτ. Πρόσκληση της 4 ^{ης} Δ.Υ.Πε. Μακεδονίας και Θράκης ως ΔΕ ΠΛΗΡΩΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΩΝ (εν ελλείψει ΔΕ ΟΔΗΓΩΝ) - εξωτερικός συνεργάτης, ότι δεν υφίσταται κανένα κώλυμα, σύμφωνα με τα οριζόμενα στις σελ.3 και 4, παρ. 4 των Γενικών Προσόντων της Πρόσκλησης, ότι αποδέχομαι τους όρους της πρόσκλησης και ότι κατέχω την ειδικότητα: για το Κέντρο Υγείας Ελευθερούπολης	
ΕΠΙΘΕΤΟ:		
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:		
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:		
ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:		
ΑΔΤ ή ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:		
ΚΑΤΟΙΚΟΣ:		
ΟΔΟΣ- ΑΡΙΘΜΟΣ:		
ΤΚ:		
ΤΗΛ.:		
ΚΙΝ. ΤΗΛ.:	Σας υποβάλλω συνημμένα τα ακόλουθα 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 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. Βεβαίωση εκπλήρωσης στρατιωτικών υποχρεώσεων. ☐ 3. Αναλυτικό Βιογραφικό Σημείωμα. ☐ 4. Αντίγραφο τίτλου σπουδών. ☐ 5. Απαιτούμενη άδεια άσκησης επαγγέλματος ή βεβαίωση. ☐ 6. Επαγγελματική Ταυτότητα μέλους. ☐ 7. Υπεύθυνη Δήλωση. ☐ 8. Βεβαίωση Απόδειξης εργασιακής εμπειρίας. ☐ 9. Βεβαίωση εμπειρίας/προϋπηρεσίας από τον ασφαλιστικό φορέα (την αντίστοιχη που υποβάλλεται και στις προκηρύξεις του ΑΣΕΠ. ☐ 10. Πρόσφατη βεβαίωση από τον ΟΑΕΔ για την απόδειξη του χρόνου ανεργίας. ☐ 11. ☐	
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:		
ΘΕΜΑ: ΥΠΟΒΟΛΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ Δ.Α.Π.Υ.		
ΣΥΝΝΗΜΜΕΝΑ: Δικαιολογητικά		
(Συμπληρώνεται ο αριθμός των δικαιολογητικών που υποβάλλονται)		
Ημερομηνία Ο Αιτών		