

ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

	<p>ΠΡΟΣ 4^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ ΙΟΥΣΤΙΝΙΑΝΟΥ 1 & ΕΘΝ. ΑΝΤΙΣΤΑΣΕΩΣ 11, 551 34 ΚΑΛΑΜΑΡΙΑ/ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ</p>
ΟΝΟΜΑ:	<p>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 27690/03-06-2026 Πρόσκληση της 4^{ης} Υ.Πε. Μακεδονίας και Θράκης ως ΔΕ ΠΛΗΡΩΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΩΝ (εν ελλείψει ΔΕ ΟΔΗΓΩΝ) - εξωτερικός συνεργάτης, ότι δεν υφίσταται κανένα κώλυμα, σύμφωνα με τα οριζόμενα των Γενικών Προσόντων της Πρόσκλησης, ότι αποδέχομαι τους όρους της πρόσκλησης και ότι κατέχω την ειδικότητα:</p> <p>.....</p> <p>για τα Κέντρα Υγείας: 1</p> <p>2</p> <p>Σας υποβάλλω συνημμένα τα ακόλουθα δικαιολογητικά:</p> <p>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 <input type="checkbox"/></p> <p>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. <input type="checkbox"/></p> <p>2. Βεβαίωση εκπλήρωσης στρατιωτικών υποχρεώσεων. <input type="checkbox"/></p> <p>3. Αναλυτικό Βιογραφικό Σημείωμα. <input type="checkbox"/></p> <p>4. Αντίγραφο τίτλου σπουδών. <input type="checkbox"/></p> <p>5. Απαιτούμενη άδεια άσκησης επαγγέλματος ή βεβαίωση. <input type="checkbox"/></p> <p>6. Επαγγελματική Ταυτότητα μέλους. <input type="checkbox"/></p> <p>7. Υπεύθυνη Δήλωση. <input type="checkbox"/></p> <p>8. Βεβαίωση Απόδειξης εργασιακής εμπειρίας. <input type="checkbox"/></p> <p>9. Βεβαίωση εμπειρίας/προϋπηρεσίας από τον ασφαλιστικό φορέα (την αντίστοιχη που υποβάλλεται και στις προκηρύξεις του ΑΣΕΠ). <input type="checkbox"/></p> <p>10. Πρόσφατη βεβαίωση από τον ΟΑΕΔ για την απόδειξη του χρόνου ανεργίας. <input type="checkbox"/></p> <p>11. <input type="checkbox"/></p>
ΕΠΙΘΕΤΟ:	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:	
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:	
ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:	
ΑΔΤ ή ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:	
ΚΑΤΟΙΚΟΣ:	
ΟΔΟΣ- ΑΡΙΘΜΟΣ:	
ΤΚ:	
ΤΗΛ.:	
ΚΙΝ. ΤΗΛ.:	
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:	
<p>ΘΕΜΑ: ΥΠΟΒΟΛΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ Δ.Α.Π.Υ.</p> <p>ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ: Δικαιολογητικά</p> <p>(Συμπληρώνεται ο αριθμός των δικαιολογητικών που υποβάλλονται)</p>	
	<p align="right">Ημερομηνία Ο/Η Αιτών/αιτούσα</p>