ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ 1η Υ.ΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ

Σ.Α.Ε.Κ του Γ.Ν.Α. “O ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ”

**ΟΝΟΜΑΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

**ΑΜΚΑ………………………………………………………….**

**ΕΠΩΝΥΜΟ………………………………………………….**

**ΟΝΟΜΑ……………………………………………………...**

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ**

**…………………………………………………………………….**

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ**

 **……………………………………………………………..**

 **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ**

**ΠΟΛΗ…………………………………………………………..**

**ΟΔΟΣ-ΑΡΙΘΜΟΣ-ΤΚ…………..………………………**

**…………………………………………………………………….**

**ΤΗΛΕΦΩΝΑ**

 **ΣΤΑΘΕΡΟ:……………………………………………..**

 **ΚΙΝΗΤΟ: ……………………………………………….**

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ**

**ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ…………………………………..**

**ΗΜ. ΕΚΔΟΣΗΣ………………………………....……..**

**ΑΡΧΗ ΕΚΔΟΣΗΣ………………………………………**

**ΔΗΜΟΣ ή ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ**

**………………………………………………………………**

**ΑΡΙΘ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΡΡΕΝΩΝ……………………**

**ΑΡΙΘ. ΔΗΜΟΤΟΛΟΓΙΟΥ………………………………..**

**ΘΕΜΑ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ**

 **Αίτηση επιλογής ως καταρτιζόμενου**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ …………………………… ………/……/2024**

 **ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ. ………………………………**

 **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ…………………………..**

**ΑΙΤΗΣΗ – ΔΗΛΩΣΗ**

**ΠΡΟΣ ΤΗ Σ.Α.Ε.Κ Γ.Ν.Α. " Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"**

**Παρακαλώ για την επιλογή μου ως**

**καταρτιζόμενου στην ειδικότητα :**

**ΒΟΗΘΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΓΕΝΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ**

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

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

**1.**

**2.**

**3.**

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

 **Η/Ο Αιτ……………και Δηλ………….**

**(Υπογραφή)……………………………...……**

**Συνημμένα υποβάλλονται τα δικαιολογητικά που προβλέπονται στο άρθρο 6 παρ.6 της αριθμ.4445/2022**

**Κανονισμός λειτουργίας αρμοδιότητας Υπουργού Παιδείας και Θρησκευμάτων και Υγείας.**