|  |
| --- |
| **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ** |
| **ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**  **1Η Υ.ΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ**  **ΣΑΕΚ ΓΝΑ ΄΄Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ΄΄** |

**Υψηλάντου 45-47 Αθήνα Αθήνα:**

**Τηλέφωνο 2132041368 Αρ. Πρωτ:**

**E-mail:saek@evaggelismos-hosp.gr**

**ΠΡΟΣ : κ.**

**ΚΟΙΝ:**

**ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ »**

# **Α Π Ο Φ Α Σ Η**

**Θ Ε Μ Α : «Έγκριση έναρξης προγράμματος Πρακτικής Άσκησης»**

Έχοντας υπόψη:

1.Το άρθρο 15 της υπ’ Αριθμ. Γ6α/ΓΠ.7037 (ΦΕΚ 4445/22-8-2022) «Κανονισμός Λειτουργίας των Δημοσίων Ινστιτούτων Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΔΙΕΚ) αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και του Ι.Ε.Κ. Ε.Κ.Α.Β

2. Το άρθρο 3, Κεφ Β΄ Νόμος 5082/19-1-2024 «Μετονομασία των Ινστιτούτων Επαγγελματικής Κατάρτισης σε Σχολές Ανώτερης Επαγγελματικής Κατάρτισης»

3. Την αίτηση τ..… καταρτιζόμεν…..… της ΣΑΕΚ του ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» με τα παρακάτω στοιχεία:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ:** |  | | |
| **ΌΝΟΜΑ:** |  | | |
| **ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:** |  | **ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ:** |  |
| **ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:** | ΒΟΗΘΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ | | |
| **Α.Μ.Κ.** |  | | |

4.Την επισυναπτόμενη βεβαίωση του εργοδότη με τα παρακάτω στοιχεία:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ΕΠΩΝΥΜΙΑ:** | | **Γ.Ν.Α «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ- ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ» Ν.Π.Δ.Δ** | |
| **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:** | | ΥΨΗΛΑΝΤΟΥ 45-47 ΚΟΛΩΝΑΚΙ | |
| **ΑΦΜ:** | 099841152 | **Τηλέφωνο:** | 2132041000 |

**Α Π Ο Φ Α Σ Ι Ζ Ο Υ Μ Ε**

Εγκρίνουμε την έναρξη και το πρόγραμμα της Πρακτικής Άσκησης τ…. καταρτιζόμεν… όπως περιγράφεται στην επισυναπτόμενη βεβαίωση του ως άνω εργοδότη.

* Η έναρξη της Πρακτικής Άσκησης θα γίνει την…………….
* Η λήξη της Πρακτικής Άσκησης θα γίνει την…………………
* Οι ώρες της Πρακτικής Άσκησης θα είναι 960 (ώρες ανά ημέρα……. )

**Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΤΗΣ Σ.Α.Ε.Κ.**

**ΟΛΓΑ ΠΟΛΥΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΥ**