**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΓΙΑ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΜΕ ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΟ ΕΚΕΨΥΕ**

**(Αριθμ. Γ4β/6730/15-2-2021 απόφαση του Υπουργού Υγείας)**

**Για την Πρόσκλησης Εκδήλωση Ενδιαφέροντος με αριθμό 848/01-03-2021.**

**Για την Δομή Ψυχικής Υγείας …………………………. ………………….. Ειδικότητα ………………………..**

ΕΠΩΝΥΜΟ: ………………………………………………………………………………………………………

 ΟΝΟΜΑ: …………………………………………………………………………………………………………..

 ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: …………………………………………………………………………………………….

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ: …………………………………………………………………………………………..

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ………………………………………………………………………………

ΙΘΑΓΕΝΕΙΑ: ……………………………………………………………………………………………………….

Α.Δ.Τ. ……………………………………………………………………………………………………………..

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ……………………………………………………………………………………

 ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ: ……………………………………………………………………………

ΒΑΣΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ: …………………………………………………………………………….

**ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Α/Α** | **ΤΥΠΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ** | **ΝΑΙ** | **ΟΧΙ** |
| 1 | Υπεύθυνη δήλωση |  |  |
| 2 | Αναλυτικό βιογραφικό σημείωμα |  |  |
| 3 | Αντίγραφο Α.Δ.Τ |  |  |
| 4 | Αντίγραφο Τίτλου Σπουδών |  |  |
| 5 | Αντίγραφο Μεταπτυχιακών ή Διδακτορικών τίτλων  |  |  |
| 6 | Αντίγραφο άσκησης επαγγέλματος  |  |  |
| 7 | Αντίγραφο άσκησης Ιατρικής Ειδικότητας (για τους ιατρούς) |  |  |
| 8 | Αντίγραφο Εγγραφής στον Ιατρικό Σύλλογο (για τους ιατρούς) |  |  |
| 9 | Αποδεικτικά εργασιακής εμπειρίας |  |  |
| 10 | Πιστοποιητικά Γλωσσομάθειας |  |  |
| 11 | Πιστοποιητικά Γνώσης Χρήσης Η/Υ |  |  |
| 12 | Λοιπά δικαιολογητικά που επικαλείται ο ενδιαφερόμενος |  |  |
|  |  |  |  |

 Ο Αιτών/ Η Αιτούσα

 Υπογραφή