**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι) 6η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ**

 **ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ-ΙΟΝΙΩΝ ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ /ΑΙΤΗΣΗ-ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ**

**για την πρόσληψη , ΔΕ ΠΛΗΡΩΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΩΝ, με καθεστώς έκδοσης δελτίου παροχής υπηρεσιών.**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:**

**ΟΝΟΜΑ:**

**ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:**

**ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ:**

**E-MAIL:**

**ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ:**

**ΘΕΣΕΙΣ ΠΡΟΤΙΜΗΣΗΣ**

 **1. ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΟΥΡΓΑΡΕΛΙΟΥ**

**2. ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΩ ΧΩΡΑΣ -ΝΑΥΠΑΚΤΙΑΣ**

**3. ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΓΚΟΥΡΑΣ**

**4. ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΘΕΡΜΟΥ**

**5. ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΙΘΑΚΗΣ**

**ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

**Επισυνάπτονται :**

1…………………………………

2…………………………………..

3……………………………………

4………………………………………

5………………………………………

6…………………………………………..

7………………………………………….

**Συνημμένα…………….(αριθμός σελίδων)**

 **Ημερομηνία: /2024**

 **Ο ΑΙΤΩΝ/Η ΑΙΤΟΥΣΑ**

 **(ΥΠΟΓΡΑΦΗ)**

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ)** **6η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ**

 **ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ-ΙΟΝΙΩΝ ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ /ΑΙΤΗΣΗ-ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ**

**για την πρόσληψη, ΔΕ ΟΔΗΓΩΝ (Γ ή C ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ), με καθεστώς έκδοσης δελτίου παροχής υπηρεσιών.**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:**

**ΟΝΟΜΑ:**

**ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:**

**ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ:**

**E-MAIL:**

**ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ:**

**ΘΕΣΕΙΣ ΠΡΟΤΙΜΗΣΗΣ**

**1. ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΟΥΡΓΑΡΕΛΙΟΥ**

**2. ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΩ ΧΩΡΑΣ -ΝΑΥΠΑΚΤΙΑΣ**

**3. ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΓΚΟΥΡΑΣ**

**4. ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΘΕΡΜΟΥ**

**5. ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΙΘΑΚΗΣ**

 **ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

**Επισυνάπτονται :**

1…………………………………

2…………………………………..

3……………………………………

4………………………………………

5………………………………………

6…………………………………………..

7………………………………………….

8………………………………………….

**Συνημμένα…………….(αριθμός σελίδων)**

 **Ημερομηνία: /2024**

 **Ο ΑΙΤΩΝ/Η ΑΙΤΟΥΣΑ**

 **(ΥΠΟΓΡΑΦΗ)**