

ΑΙΤΗΣΗ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΣΗΣ** |  |  |  |
| Ημ/νία Αίτησης: …….. - …….. - 2019 Αριθμός Πρωτοκόλλου\*: ……….. /…..... - …..… - 2019 |
|  |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ** |  |  |  |
| Επώνυμο | Όνομα |  | Πατρώνυμο |
| Διεύθυνση |  | Αριθμός | Τ.Κ. |
| Πόλη | Νομός |  |  |
| Τηλέφωνο (σταθερό) |  | Τηλέφωνο (κινητό) |
| Διεύθυνση ηλεκτρον. ταχυδρομείου |  |  Ημ. Γέννησης |
| Α.Φ.Μ. | Δ.Ο.Υ. | Α.Δ.Τ. |
| Α.Μ.Κ.Α. Αριθμός Μητρώου ΙΚΑ |
| Για τη θέση: **ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΟΣ** |
| **ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ** |  |  |  |
| Απόφοιτος :* Π.Ε.
* Μεταπτυχιακό
 |  |  |  |
|  |
| 1. Φωτοαντίγραφα τίτλου σπουδών (επικυρωμένα) |  |  Φύλλα |
| 2. Βιογραφικό σημείωμα |  |  | Φύλλα |
| 3. Φωτοαντίγραφο δελτίου αστυνομικής ταυτότητας (επικυρωμένο) |  |  Φύλλα |
| 4. Φωτοαντίγραφο Άδειας Ασκήσεως Επαγγέλματος (επικυρωμένο) |  | Φύλλα |
| 5. Βεβαίωση Εγγραφής σε Ιατρικό Σύλλογο |  | Φύλλα |
| 6. Αντίγραφο ποινικού μητρώου |  | Φύλλα |

 Ο ΑΙΤΩΝ / Η ΑΙΤΟΥΣΑ

……………………………………...

(ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ – ΥΠΟΓΡΑΦΗ)