**ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ – ΙΑΤΡΟΥ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ ΚΑΙ ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ Α.Ε.**

**ΠΡΟΣΟΧΗ:**

(1) Όλα τα πεδία συμπληρώνονται ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ. Η μη συμπλήρωσή τους συνιστά λόγο ακύρωσης της αίτησης.

(2) Για την ακρίβεια των στοιχείων αποκλειστική ευθύνη φέρει ο/η υποψήφιος/α.

(3) Όλες οι πληροφορίες που μας αναφέρετε σε αυτή την αίτηση είναι εμπιστευτικές και δεν θα χρησιμοποιηθούν για άλλο σκοπό από αυτόν για τον οποίο υποβλήθηκαν.

|  |
| --- |
| **Α. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**  |
|  |
| ΕΠΩΝΥΜΟ:  |  |
| ΟΝΟΜΑ: |  |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:  |  |
| ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ: |  |
| ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: |  |

|  |
| --- |
| **Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ**  |
|  |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ: |  |
| ΤΑΧ.ΚΩΔ./ΠΕΡΙΟΧΗ |  |
| ΠΟΛΗ/ΧΩΡΑ: |  |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ: |  |
| ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:  |  |
| Δ/ΝΣΗ ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ:(e-mail) |  |

|  |
| --- |
| **Γ. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ**  |
|  |
| *Αναφέρετε τους τίτλους σπουδών σας (ξεκινώντας από τον πιο πρόσφατο)*  |
|  |
| ΕΤΟΣ ΑΠΟΚΤΗΣΗΣΤΙΤΛΟΥ ΣΠΟΥΔΩΝ | ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ | ΤΙΤΛΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Δ. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ**  |
|  |
| *Αναφέρετε διάστημα απασχόλησης -με ασφαλιστική κάλυψη σε κύρια ασφαλιστικά ταμεία-, επωνυμία εργοδότη, ειδικότητα / αντικείμενο / τίτλο θέση (ξεκινώντας από το πιο πρόσφατο)* |
|  |
| ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ | ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ | ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Ε. ΞΕΝΕΣ ΓΛΩΣΣΕΣ**  |
| *Για την απόδειξη της γλωσσομάθειας λαμβάνονται υπόψη τα οριζόμενα στο Παράρτημα Γλωσσομάθειας, που είναι αναρτημένο στην ιστοσελίδα του ΑΣΕΠ* |
|  | ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΓΛΩΣΣΟΜΑΘΕΙΑΣ  | ΕΠΙΠΕΔΟ |
| ΑΓΓΛΙΚΑ |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **ΣΤ. ΣΥΝΟΔΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΟΛΗ** |
|  |
| *Περιγράψτε συνοπτικά τους λόγους για τους οποίους θεωρείτε τον εαυτό σας κατάλληλο για τη συγκεκριμένη θέση (μέχρι 250 λέξεις)*  |
|  |
|  |

**ΔΗΛΩΣΗ:**

(1) Δηλώνω ότι οι πληροφορίες που περιλαμβάνονται στην αίτηση αυτή είναι ακριβείς και αληθείς και ότι η αίτηση έχει συμπληρωθεί από εμένα. Η δήλωση επέχει θέση Υπεύθυνης Δήλωσης του Ν. 1599/86.

(2) Δηλώνω ότι σε περίπτωση συνεργασίας μου με το ΚΕ.ΤΕ.Κ.Ν.Υ. Α.Ε. θα καταθέσω όλα τα γνήσια αποδεικτικά στοιχεία που θα μου ζητηθούν και που επικαλούμαι στην παρούσα αίτηση (πτυχία, αποδεικτικά έγγραφα επαγγελματικής εμπειρίας, βεβαίωση ασφαλιστικού φορέα, κ.ά.).

(3) Συναινώ στην επεξεργασία των προσωπικών μου στοιχείων από το ΚΕ.ΤΕ.Κ.Ν.Υ. Α.Ε. που περιλαμβάνονται στη παρούσα αίτηση, με σκοπό τη διαδικασία επιλογής μου για συνεργασία την οποία αιτούμαι.

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:**