



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΓΝ "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ"
Σ.Α.Ε.Κ. ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ «ΒΟΗΘΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ»
Τηλ.: 2813403828,-3829, -860
e-mail: iek.venizeleio@gmail.com

Αρ.πρωτ.:.....

ΑΙΤΗΣΗ ΕΠΙΛΟΓΗΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ _____
ΟΝΟΜΑ _____
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ _____
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ _____
ΤΟ ΓΕΝΟΣ _____
ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ _____
ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ _____
ΝΟΜΟΣ _____
ΑΜΚΑ _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ
ΟΔΟΣ _____ ΑΡ _____
ΠΕΡΙΟΧΗ _____ ΤΚ _____
ΔΗΜΟΣ _____
ΤΗΛ: _____ ΚΙΝΗΤΟ _____
E-MAIL: _____

ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ _____
ΗΜΕΡ. ΕΚΔΟΣΗΣ _____
ΑΡΧΗ ΕΚΔΟΣΗΣ _____
ΔΗΜΟΤΗΣ _____
ΜΗΤΡΩΟ ΑΡΡΕΝΩΝ _____
ΑΡ. ΜΗΤΡ. ΑΡΡΕΝΩΝ _____

ΠΡΟΣ:

Σ.Α.Ε.Κ. ΓΝ «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ- ΠΑΝΑΝΕΙΟ»

Παρακαλώ για την επιλογή μου στην ειδικότητα:
ΒΟΗΘΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Δηλώνω ότι:

Δεν έχω υποβάλει αίτηση επιλογής σε άλλη
Δημόσια Σ.Α.Ε.Κ. αρμοδιότητας του Υπουργείου
Υγείας.

Έχω υποβάλει αίτηση επιλογής σε άλλη Σ.Α.Ε.Κ.
αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας.

Σ.Α.Ε.Κ.....

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ.....

ΣΕΙΡΑ ΠΡΟΤΙΜΗΣΗΣ

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Συνημμένα υποβάλλονται τα δικαιολογητικά που προβλέπονται στην παρ.6, του αρθ.6,της υπ.αρ. Γ6α/ΓΠ7037 (ΦΕΚ4445/Β/22-8-22) Υπουργικής Απόφασης: «Κανονισμός Λειτουργίας Ινστιτούτων Επαγγελματικής Κατάρτισης (Σ.Α.Ε.Κ.) αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας».

ΗΡΑΚΛΕΙΟ ____/____/____

Ο/Η αιτών/ούσα