



Κεντρική Ένωση
Δήμων Ελλάδας



I.I.E.K.
ΣΒΙΕ

Πρώτοι στα Επαγγέλματα Υγείας

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΥΠΟΤΡΟΦΙΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

Όνοματεπώνυμο Όνομα Πατρός
Διεύθυνση Κατοικίας Δήμος
Σταθερό Τηλέφωνο Κινητό E-mail
Ημερομηνία Γέννησης Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας Α.Φ.Μ
Λύκειο Αποφοίτησης Έτος Αποφοίτησης Βαθμός Απολυτηρίου

Με την παρούσα αίτηση, ζητώ να μου χορηγηθεί υποτροφία σπουδών για μία από τις παρακάτω ειδικότητες του Ι.Ι.Ε.Κ. ΣΒΙΕ:

(σημειώστε τις επιλογές σας - κατά σειρά προτίμησης - με τους αριθμούς 1 έως 3)

Βοηθός Ιατρικών Εργαστηρίων

☐

Βοηθός Νοσηλευτικής Χειρουργείου

☐

Βοηθός Νοσηλευτικής ΜΕΘ

☐

Βοηθός Νοσηλευτικής Μαιευτικής

☐

Βοηθός Ραδιολογίας & Ακτινολογίας

☐

Βοηθός Οδοντικής Τεχνολογίας

☐☐

Βοηθός Φυσικοθεραπείας

☐

Βοηθός Φαρμακείου

☐

Τεχνικός Αισθητικής Τέχνης & Μακιγιάζ

☐

Βοηθός Οπτικής & Οπτομετρίας

☐

Στέλεχος Διατροφής & Διαιτολογίας

☐

Βοηθός Βρεφονηπιοκόμων

Ο αιτών / Η αιτούσα (υπογραφή)

Συμπληρώνεται από την Κοινωνική Υπηρεσία του Δήμου

Κοινωνικά & οικονομικά κριτήρια που δικαιολογούν την αίτηση για υποτροφία (π.χ. ΑμεΑ, ανεργία, οικογενειακό εισόδημα, πολυτεκνία κ.ά.)

Ημερομηνία

Σφραγίδα – Υπογραφή Υπαλλήλου