|  |  |
| --- | --- |
| **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**  **ΔΗΜΟΣ ΚΑΛΛΙΘΕΑΣ**  **ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**    **Α Ι Τ Η Σ Η** | **Καλλιθέα, …………………**  **Αριθ. Πρωτ.**  **ΠΡΟΣ** |
| Επώνυμο: ………..………………………………  Όνομα: ……………………………………………  Πατρώνυμο: ….…………………………………  Δ/νση κατοικίας: ………………………………  Τ.Κ.: …….…………………………………………  Πόλη: …..…………………………………………  Τηλ. Επικοινωνίας: ……………………………  ………………………………………………………..  Α.Δ.Τ.: ….…………………………………………  Α.Φ.Μ.: ……………………………………………  Δ.Ο.Υ.: .……………………………………………  E-mail: …….………………………………………  **Θέμα:** Πρόσληψη σύμφωνα με την αρ. πρωτ. 65775/27.11.2018- ορθή επανάληψη  ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ –ΠΡΟΚΗΡΥΞΗ  Δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί για την επεξεργασία των ως άνω προσωπικών μου δεδομένων από τον Δήμο Καλλιθέας, η οποία είναι απαραίιτητη για την εκτέλεση της παρούσας προκήρυξης ,καθώς και για τα δικαιώματά μου σε σχέση με τον ΓΚΠΔ 679/2016 ΕΕ και συναινώ στην επεξεργασία αυτών των δεδομένων (υποχρεωτικό) .  **\* Η προθεσμία υποβολής των αιτήσεων αρχίζει την 30/11/2018 και λήγει στις 10/12/2018** | **Τμήμα Ανθρώπινου Δυναμικού Δήμου Καλλιθέας**  Παρακαλώ όπως με προσλάβετε ως  **ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ /ΤΡΙΑ**  με σύμβαση μίσθωσης έργου για την κάλυψη αναγκών στα πλαίσια των προγραμμάτων πρόληψης και αγωγής Υγείας του Δημοτικού Κέντρου Υγείας που εφαρμόζει ο Δήμος Καλλιθέας.  **ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ:**   1. Αντίγραφο τίτλου σπουδών 2. Άδεια άσκησης επαγγέλματος ή βεβαίωση άσκησης έπαγγέλματος 3. Ταυτότητα μέλους της Ενωσης Νοσηλευτων Ελλάδος (ΕΝΕ) 4. Βιογραφικό Σημείωμα 5. Φωτοαντίγραφο ταυτότητας 6. Βεβαίωση προϋπηρεσίας (εφόσον υπάρχει) |
|  | Ο / Η αιτ…………. |