|  |  |
| --- | --- |
| **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 επανάληψηΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ –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…………. |