|  |  |
| --- | --- |
| **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 **ΙΑΤΡΟ ειδικότητας:**  **…………………………………..**  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 ιατρικού επαγγέλματος 3. Άδεια χρησιμοποίησης τίτλου ιατρικής της αντίστοιχης ειδικότητας 4. Βεβαίωση ιδιότητας μέλους Ιατρικού Συλλόγου 5. Βιογραφικό Σημείωμα 6. Φωτοαντίγραφο ταυτότητας 7. Βεβαίωση προϋπηρεσίας (εφόσον υπάρχει) |
|  | Ο / Η αιτ…………. |