



**ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ  
ΥΠΟΒΟΛΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΠΡΟΣΛΗΨΗ  
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΟΡΙΣΜΕΝΟΥ ΧΡΟΝΟΥ  
ΣΤΗΝ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Α.Ε.**

ΕΠΩΝΥΜΟ.....  
 ΟΝΟΜΑ.....  
 ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ.....  
 ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ .....

**ΠΡΟΣ: ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Α.Ε.**

Γεωργίου Δαμάσκου 1, 13677, Αχαρναι

Πληροφορίες: 210-2420.000/059

Fax: 210-2420215

Email: [info@aemy.gr](mailto:info@aemy.gr)

Website: [www.aemy.gr](http://www.aemy.gr)

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ .....

Τ.Κ., ΠΕΡΙΟΧΗ .....

ΤΗΛ. ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ.....

ΚΙΝΗΤΟ.....

E-MAIL.....

Σας καταθέτω φάκελο με τα απαραίτητα δικαιολογητικά για την «ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΟΡΙΣΜΕΝΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Α.Ε. ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 64, ΠΑΡ. 3 ΤΟΥ Ν. 4368/2016, ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΘΗΡΑΣ» σε θέση ειδικότητας

.....  
 της πρόσκλησης της Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε.

**ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:**

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....
- 7.....
- 8.....
- 9.....
- 10.....
- 11.....
- 12.....
- 13.....
- 14.....
- 15.....

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ