

ΑΔΑ: Ψ9ΜΞΟΡΡ3-ΥΦ5 /Αρ. Πρωτ.: 7899/15-12-2016
ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ
ΥΠΟΒΟΛΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΑΠΟΣΠΑΣΗ
ΣΤΗΝ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Α.Ε.

ΕΠΩΝΥΜΟ.....
ΟΝΟΜΑ.....
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ.....
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ/ΚΛΑΔΟΣ.....
ΦΟΡΕΑΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ.....
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ.....
ΤΜΗΜΑ.....
ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ.....
ΤΗΛ. ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....
ΤΗΛ. ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ.....
ΚΙΝΗΤΟ.....
E-MAIL.....

ΠΡΟΣ: ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Α.Ε.

Γεωργίου Δαμάσκου 1, 13677, Αχαρνάι
Πληροφορίες: 210-2420059
Fax: 210-2420215
Email: info@aemy.gr
Website: www.aemy.gr

ΚΟΙΝ: ΦΟΡΕΑΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ

Σας καταθέτω φάκελο με τα απαραίτητα δικαιολογητικά, σύμφωνα με την υπ' αριθμ. πρωτ. 6350/7-10-2016 «ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΑΠΟΣΠΑΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Α.Ε. ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 64, ΠΑΡ. 4 ΤΟΥ Ν. 4368/2016, ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΘΗΡΑΣ» και παρακαλώ όπως εξετάσετε το αίτημα της απόσπασής μου από την Υπηρεσία που υπηρετώ.....
....., ειδικότητα..... με βαθμό
..... και ΜΚσε θέση ειδικότητας
.....
..... της πρόσκλησης της Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε.

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....
- 7.....
- 8.....
- 9.....

Αθήνα,
Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ