

 

**Α ρ. Πρωτ.: …………**

**Ημερομηνία: ………………….**

|  |  |
| --- | --- |
| **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ** **ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ** **ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ****ΓΝ “ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ”****Σ.Α.Ε.Κ. ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ *«ΒΟΗΘΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ»***Λεωφόρος Κνωσσού ΤΚ 71409 **Τηλ.: 2813403828,-3860,-3829** **e-mail:** **iek.venizeleio@gmail.com**   **ΑΙΤΗΣΗ****ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ** **ΕΠΩΝΥΜΟ:** ………………………………………………………**ΟΝΟΜΑ:** ……………………..…………………...................**ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:** …………………………………………….**ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:** ……………………………………………**ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:** …………………………………….**Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:** ………………..………………………**.****E-MAIL**: …………………………………………………………….**ΤΗΛΕΦΩΝΟ:** ……………………………………………………**Α.Μ.Κ.Α.:** .............................................................**Α.Μ.Α.:** ................................................................**ΑΦΜ:** ………………………………………………………………**ΔΟΥ:** ……………………………………………………………….**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:** ……………………………………………………………………. | Παρακαλώ όπως εγκρίνετε την επανέναρξη και το πρόγραμμα της Πρακτικής Άσκησης που θα διεξαχθεί στο ΓΝ «Βενιζέλειο - Πανάνειο» και να με εγγράψετε στο Ε΄ εξάμηνο της Ειδικότητας Βοηθού Νοσηλευτικής Γενικής Νοσηλείας.Σας επισυνάπτω:1. Σχετική **βεβαίωση του εργοδότη**, ο οποίος αποδέχεται τους όρους Πρακτικής Άσκησης σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις.
2. **Αίτηση του προγράμματος** που επιθυμώ.
3. **Υπεύθυνη Δήλωση** που αφορά την ενημέρωσή μου για τον κανονισμό που διέπει την Πρακτική Άσκηση και για την ανάγκη εμβολιασμού, καθώς και την τήρηση από εμένα των απαραίτητων μέτρων προστασίας για πρόληψη διασποράς νόσων.

Η πρακτική Άσκηση θα αρχίσει την: …………………… και θα ολοκληρωθεί με τη συμπλήρωση 960ωρών. Το ωράριο θα καθοριστεί σε……………………ώρες ημερησίως. **Ημερομηνία:** **Ο/Η αιτ…………** |
|  |  |