Γενικό Νοσοκομείο Θήρας

Καρτεράδος Τ.Κ 84700 Θήρα
Τηλ: 2286035300
Fax: 2286035459
email: info@santorini-hospital.gr

ΑΕΜΥ
ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Α.Ε.

ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
για πρόσληψη προσωπικού αορίστου χρόνου στην Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε. για το Γ.Ν. Θήρας

Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ

1. Επώνυμο:	**2.** Όνομα:	**3.** Όν. πατέρα:
4. Όν. μητέρας:	**5.** Ημ/νία γέννησης: / /	**6.** Φύλο: Α ☐ Γ ☐
7. Α.Δ.Τ.:	**8.** ΑΜΚΑ:	**9.** Τόπος κατοικίας:
10. Οδός:	**11.** Αριθ.:	**12.** Τ.Κ.:
13. Τηλέφωνο (με κωδικό):	**14.** Κινητό:	**15.** e-mail:

Β. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ: ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ

1.	Ειδικότητα					
2.	Κωδικός θέσης					
3.	Τίτλος σπουδών					
4.	Κωδικός Τίτλου Σπουδών		Βαθμός Τίτλου Σπουδών (αναγόμενος σε 10βαθμη κλίμακα)		Έτος κτήσης	

Γ. ΛΟΙΠΑ ΚΥΡΙΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ

		ΚΩΔΙΚΟΣ ΠΡΟΣΟΝΤΟΣ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1.	Γνώση χειρισμού Η/Υ *(όπου απαιτείται ως κύριο προσόν)*			
2.	Εμπειρία *(όπου απαιτείται ως κύριο προσόν και όχι ως πρόσθετο μοριοδοτούμενο προσόν)*			
3.	Άδεια άσκησης επαγγέλματος *(όπου απαιτείται ως κύριο προσόν)*			
4.	Επαγγελματική άδεια οδήγησης αυτοκινήτου *(όπου απαιτείται ως κύριο προσόν)*			
5.	Πιστοποιητικό επαγγελματικής ικανότητας *(όπου απαιτείται ως κύριο προσόν)*			

Δ. ΠΡΟΣΘΕΤΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ (ΜΟΡΙΟΔΟΤΟΥΜΕΝΑ)
(όπως προβλέπονται και μοριοδοτούνται από την προκήρυξη αναλόγως της ειδικότητας και του κωδικού θέσης)

		ΚΩΔΙΚΟΣ ΠΡΟΣΟΝΤΟΣ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1.	Γνώση αγγλικής γλώσσας *(όπου δεν απαιτείται ως κύριο προσόν)* Επίπεδο: Άριστη γνώση ☐ Πολύ καλή γνώση ☐ Καλή γνώση ☐			
2.	Γνώση 2ης ξένης γλώσσας *(πλην αγγλικής)* Επίπεδο: Άριστη γνώση ☐ Πολύ καλή γνώση ☐ Καλή γνώση ☐			
3.	Γνώση 3ης ξένης γλώσσας *(πλην αγγλικής)* Επίπεδο: Άριστη γνώση ☐ Πολύ καλή γνώση ☐ Καλή γνώση ☐			

4.	Δίπλωμα Ο.Ε.Ε.Κ. ή Δεύτερος τίτλος σπουδών				
5.	Γνώση χειρισμού Η/Υ *(όπου δεν απαιτείται ως κύριο προσόν)*				
6.	Εμπειρία στην αιτούμενη ειδικότητα σε δευτεροβάθμιο ή τριτοβάθμιο νοσηλευτικό ίδρυμα έως και 24 μήνες				
	ΜΗΝΕΣ	ΗΜΕΡΕΣ			
7.	Εμπειρία στην αιτούμενη ειδικότητα έως και 84 μήνες (για το διάστημα πέραν του χρονικού διαστήματος της προϋπηρεσίας σε δευτεροβάθμιο ή τριτοβάθμιο νοσηλευτικό ίδρυμα)				
	ΜΗΝΕΣ	ΗΜΕΡΕΣ			

Ε. ΕΝΤΟΠΙΟΤΗΤΑ – ΕΙΔΙΚΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΘΕΣΕΩΝ (όπως προβλέπονται από την προκήρυξη)				
			ΝΑΙ	**ΟΧΙ**
1.	**Εντοπιότητα**			
2.	**Πολύτεκνος ή Τέκνο πολύτεκνης οικογένειας**			
	Αριθμ. τέκνων του πολύτεκνου υποψηφίου ☐	Αριθμ. αδελφών υποψηφίου μαζί με τον ίδιο ☐		
3.	**Τρίτεκνος ή Τέκνο τρίτεκνης οικογένειας**			
4.	**Άτομο με τέκνο, αδελφό/ή ή σύζυγο και τέκνο ατόμων με αναπηρία 67% και άνω**			

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΗΜΜΕΝΩΝ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ

[**αριθμείτε σε εμφανές σημείο** καθένα από τα συνυποβαλλόμενα δικαιολογητικά και τα υπόλοιπα έγγραφα που επισυνάπτετε για την υποστήριξη της υποψηφιότητάς σας και καταγράψτε τα εδώ, **ακολουθώντας την ίδια σειρά αρίθμησης.** Εφόσον δεν επαρκεί η τρέχουσα σελίδα, μπορείτε να συμπληρώσετε και δεύτερη]

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	
19.	
20.	

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Η ακρίβεια των στοιχείων που αναφέρονται σε αυτή την αίτηση-δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις **κυρώσεις** που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρ. 22 του **Ν.** 1599/1986, δηλαδή: «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Επίσης εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών», **δηλώνω ότι:**

1. Όλα τα **στοιχεία** της αίτησής μου είναι **ακριβή και αληθή** και **κατέχω όλα τα απαιτούμενα προσόντα**, όπως αυτά αναφέρονται στην προκήρυξη και αναγράφονται στην παρούσα αίτηση. Σε περίπτωση ανακρίβειας γνωρίζω ότι θα έχω τις συνέπειες που προβλέπονται από τις διατάξεις του Ν. 1599/1986 και **δηλώνω επίσης ότι δεν υπέβαλα αίτηση για θέση άλλης εκπαιδευτικής βαθμίδας ή/και ειδικότητας της ίδιας προκήρυξης.**
2. Έχω δικαίωμα συμμετοχής στη διαδικασία επιλογής καθότι δεν **συντρέχουν** στο πρόσωπό μου οι περιορισμοί, απαγορεύσεις και τα κωλύματα του **άρθρου 8** αλλά και των λοιπών σχετικών διατάξεων του **Ν. 3528/2007**, σύμφωνα με το οποίο δεν μπορεί να επιλεγεί όποιος: **α)** έχει **καταδικαστεί** για κακούργημα και σε οποιαδήποτε ποινή για κλοπή, υπεξαίρεση (κοινή και στην υπηρεσία), απάτη, εκβίαση, πλαστογραφία, απιστία δικηγόρου, δωροδοκία, καταπίεση, απιστία περί την υπηρεσία, παράβαση καθήκοντος καθ' υποτροπή, συκοφαντική δυσφήμιση, καθώς και για οποιοδήποτε έγκλημα κατά της γενετήσιας ελευθερίας ή οικονομικής εκμετάλλευσης της γενετήσιας ζωής· **β)** είναι **υπόδικος** και έχει παραπεμφθεί με τελεσίδικο βούλευμα για κακούργημα ή για πλημμέλημα της προηγούμενης περίπτωσης, έστω και αν το αδίκημα παραγράφηκε· **γ)** έχει, λόγω καταδίκης, **στερηθεί τα πολιτικά του δικαιώματα** και για όσο χρόνο διαρκεί η στέρηση αυτή· **δ)** τελεί **υπό δικαστική συμπαράσταση**.
   Επίσης δεν έχω διοριστεί ως τακτικός υπάλληλος του δημοσίου ή ΝΠΔΔ ή ΟΤΑ α΄ή β΄βαθμού ή Ανεξάρτητων Αρχών με τις διατάξεις του ν.2190/1994 ή έχει παρέλθει πενταετία από την ημερομηνία διορισμού μου μέχρι τη λήξη της προθεσμίας υποβολής των αιτήσεων.
3. Δεσμεύομαι να υπηρετήσω επί μία τουλάχιστον δεκαετία σε θέση για την οποία δηλώνω εντοπιότητα, εφόσον επιλεγώ για πρόσληψη στη θέση αυτή.

Ημερομηνία: ..... **Ο/Η υποψήφι....**

Ονοματεπώνυμο:

..... [υπογραφή]