

ΝΑΥΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΑΙΤΗΣΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΕΠΩΝΥΜΟ

ΟΝΟΜΑ.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ.....

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ.....

ΙΔΙΟΤΗΤΑ/ ΤΙΤΛΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ

ΤΗΛΕΦΩΝΟ.....e-mail:.....

1.Παρακαλώ να δεχτείτε την αίτηση μου για πρακτική εξάσκηση/παρακολούθηση εργασιών/εθελοντική εργασία στο Οδοντιατρικό Κέντρο του ΝΝΑ

Το χρονικό διάστημα
από.....έως.....

2.Συνημμένα σας υποβάλλω :

α. Ακριβές αντίγραφο του πτυχίου μου*(πτυχίο ημεδαπής)

* για πτυχία που χορηγήθηκαν από κράτη- μέλη της Ε.Ε.: φωτοαντίγραφο του ξενόγλωσσου πτυχίου και της επικύρωσής του (Σφραγίδα Χάγης)

** για πτυχία που χορηγήθηκαν από χώρες εκτός της Ε.Ε.:
φωτοαντίγραφο του ξενόγλωσσου πτυχίου και αντίγραφο αναγνώρισης τίτλου από αρμόδιο φορέα-ΔΟΑΤΑΠ

β. Αντίγραφο Άδειας Ασκήσεως Επαγγέλματος.

γ. Βεβαίωση εγγραφής στον Οδοντιατρικό Σύλλογο.

δ .Φωτοτυπία της Αστυνομικής Ταυτότητας/Διαβατηρίου.

ε. Υπεύθυνη δήλωση του Νόμου 1599/1986 όπου δηλώνει ότι ουδεμία απαίτηση οικονομικής ή ασφαλιστικής φύσεως θα έχω από το ΝΝΑ για το χρόνο της εκπαιδεύσεώς μου, όπως επίσης καμία απαίτηση δεν θα έχει και ο ασφαλιστικός φορέας που με καλύπτει.

στ. Ιολογικός έλεγχος (Αντισώματα Ηπατίτιδας Β´ & HIV)

ζ. Ασφάλεια Αστικής Ευθύνης.

Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

Ο ΑΙΤΩΝ/ Η ΑΙΤΟΥΣΑ

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΝΝΑ