**ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ**

**ΥΠΟΒΟΛΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΑΠΟΣΠΑΣΗ**

**ΣΤΗΝ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Α.Ε.**

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

Γεωργίου Δαμάσκου 1, 13677, Αχαρναί

Πληροφορίες: 210-2420059

Fax: 210-2420215

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

Website: www.aemy.gr

ΕΠΩΝΥΜΟ…………………………………………....

ΟΝΟΜΑ…………………….……………………..……

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ…………………………….………

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ/ΚΛΑΔΟΣ………….……………………

ΦΟΡΕΑΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ…………………….……...

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ……………………………………...……

ΤΜΗΜΑ………………………………………….….….

ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ………………………………………….. **ΚΟΙΝ: ………………………………**

ΤΗΛ. ΕΡΓΑΣΙΑΣ……………………………………… (ΦΟΡΕΑΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ)

ΤΗΛ. ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ………………………...….……..

ΚΙΝΗΤΟ……………………………………….……….

E-MAIL……………………………………………..…..

Σας καταθέτω φάκελο με τα απαραίτητα δικαιολογητικά, σύμφωνα με την υπ’ αριθμ. πρωτ. 1494/17-3-2016 «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 ΜΚ ………………….…… σε 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