



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ**

**Τμήμα Νοσηλευτικής**

**Τμήμα Νοσηλευτικής**

### ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΠΙΚΑΙΡΟΠΟΙΗΣΗΣ ΓΝΩΣΕΩΝ ΑΠΟΦΟΙΤΩΝ ΑΕΙ-ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ «ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΒΑΣΙΣΜΕΝΗ ΣΕ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ»

### Ακαδημαϊκό έτος 2014-2015

**Η ΑΙΤΗΣΗ ΠΟΥ ΑΚΟΛΟΥΘΕΙ ΑΦΟΡΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΟΥ ΘΑ ΥΛΟΠΟΙΗΘΕΙ ΣΤΟ ΤΕΙ ΑΘΗΝΑΣ**

**Αρ. Αίτησης………………**

1. **ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

**Συμπληρώστε τον πίνακα που ακολουθεί με κεφαλαία και ευκρινή γράμματα.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΜΟΝΟ | |
| Ονοματεπώνυμο: |  |  |  |
| Πατρώνυμο: |  |  |  |
| Ημ/νία γέννησης: |  |  |  |
| Α.Δ.Τ.: |  |  |  |
| Δ/νση κατοικίας: |  |  |  |
| Τηλέφωνο κατοικίας: |  |  |  |
| Τηλέφωνο εργασίας: |  |  |  |
| Κινητό τηλέφωνο: |  |  |  |
| E-mail: |  |  |  |
| Παρούσα θέση εργασίας1: |  |  |  |
| Έτη εργασίας2: |  |  |  |
| Εθνικότητα |  |  |  |

1Σημειώστε το Νοσοκομείο και το Τμήμα, ή τη δομή στην οποία εργάζεστε. Εάν δεν εργάζεστε αυτήν την περίοδο σημειώστε ‘άνεργος’. 2Αναφέρατε τα έτη εργασίας στον τομέα της Υγείας

* 1. **ΤΙΤΛΟΙ ΣΠΟΥΔΩΝ (Πτυχία Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης )**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΜΟΝΟ | |
| Πτυχίο Α.Ε.Ι. – (ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ – Τ.Ε.Ι.): |  |  |  |
| Ίδρυμα: |  |  |  |
| Έτος αποφοίτητσης: |  |  |  |
| Μεταπτυχιακός Τίτλος: | ΝΑΙ ΟΧΙ |  |  |

1. **ΑΛΛΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**

**Συμπληρώστε οποιαδήποτε άλλη πληροφορία κρίνετε ότι θα μπορούσε να βοηθήσει την υποψηφιότητά σας, π.χ. εάν ανήκετε σε κάποια από τις ειδικές κατηγορίες που δικαιολογούν προτεραιότητα στη συμμετοχή σας στο Πρόγραμμα όπως αυτές φαίνονται στην πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος .**

|  |
| --- |
|  |
|  |

***Δηλώνω υπεύθυνα ότι ενημερώθηκα για τις προϋποθέσεις παρακολούθησης του προγράμματος, τις οποίες και αποδέχομαι. Δηλώνω επίσης ότι όλες οι πληροφορίες που αναφέρονται στην αίτησή μου είναι αληθείς.***

|  |  |
| --- | --- |
| Ημερομηνία υποβολής της αίτησης: | / / 2015 |
| Υπογραφή: |  |

**Ιδρυματικά Υπεύθυνος: Μ.Κελέση**

**Πληροφορίες: κ. Ευαγγελία Στεφάνου - Τηλ: 2105385642-649, E-mail:pega-nurse@teiath.gr**