**ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ**

**ΥΠΟΒΟΛΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΠΡΟΣΛΗΨΗ**

**ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΟΡΙΣΜΕΝΟΥ ΧΡΟΝΟΥ**

**ΣΤΗΝ Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε. ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΕΡΓΟΥ 1 «ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ» ΤΗΣ ΔΡΑΣΗΣ «ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΑ ΠΡΟ-ΑΝΑΧΩΡΗΣΙΑΚΑ ΚΕΝΤΡΑ ΚΡΑΤΗΣΗΣ ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ – (ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ, ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΔΙΕΡΜΗΝΕΙΑΣ)»**

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

Γεωργίου Δαμάσκου 1, 13677, Αχαρναί

Πληροφορίες: 210-2447698

Fax: 210-2420215

Email: info@aemy.gr

Website: www.aemy.gr

ΕΠΩΝΥΜΟ…………………………………………....

ΟΝΟΜΑ…………………….……………………..……

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ…………………………….………

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ………..………….……………………

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ………………………...….….

Τ.Κ., ΠΕΡΙΟΧΗ ………………………...….……….

ΤΗΛ. ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ………………………...….……..

ΚΙΝΗΤΟ……………………………………….……….

E-MAIL……………………………………………..…..

Σας καταθέτω φάκελο με τα απαραίτητα δικαιολογητικά για την «Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος της Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε. στο πλαίσιο υλοποίησης του Έργου 1 «Ιατροφαρμακευτική Περίθαλψη» της Δράσης “Ανάπτυξη των παρεχόμενων υπηρεσιών στα Προ-Αναχωρησιακά Κέντρα Κράτησης Αλλοδαπών - (Ιατροφαρμακευτική Περίθαλψη, Ψυχολογική Υποστήριξη, Κοινωνική Υποστήριξη και Υπηρεσίες Διερμηνείας)”»

σε θέση ειδικότητας

…………………………………………………………………………………………………………………..

**ΣΕΙΡΑ ΠΡΟΤΙΜΗΣΗΣ ΠΡΟ-ΑΝΑΧΩΡΗΣΙΑΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ:**

1………………………………………………

2………………………………………………

3………………………………………………

**ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:**

1………………………………………………………………………………………………………….

2………………………………………………………………………………………………………….

3………………………………………………………………………………………………………….

4………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………….

 Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ