

# ΑΙΤΗΣΗ - ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ (ΠΕ – ΤΕ – ΔΕ – ΥΕ)

ΠΡΟΣ:	ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Α.Ε. (ΓΙΑ ΤΟ ΓΝ ΘΗΡΑΣ)		
Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:			
Αριθμός Φορολογικού Μητρώο (ΑΦΜ)		ΑΜΚΑ	

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις<sup>(1)</sup> που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

1. Τα στοιχεία που συμπληρώνω στον πίνακα για την απόδειξη της εμπειρίας είναι ακριβή.
2. Γνωρίζω ότι, εάν από καταγγελία ή αυτεπάγγελτο έλεγχο ή από οποιονδήποτε έλεγχο των αποδεικτικών στοιχείων προκύψει οποιαδήποτε διαφορά με όσα δηλώνω στην υπεύθυνη δήλωση, τότε θα διαγραφώ από τον πίνακα προσληπτέων και θα έχω τις προβλεπόμενες από τις διατάξεις του Ν. 1599/1986 ποινικές κυρώσεις.

Άδεια άσκησης επαγγέλματος (όπου απαιτείται)<sup>(2)</sup> Φορέας χορήγησης αυτής

Ημερομηνία λήψης

--	--	--

Ασφαλιστικός φορέας<sup>(3)</sup>

Από

Έως

Συνολική διάρκεια ασφάλισης σε μήνες

Ασφαλιστικός φορέας <sup>(3)</sup>	Από	Έως	Συνολική διάρκεια ασφάλισης σε μήνες

(1) «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. 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».

(2), (3), Τα αντίστοιχα αποδεικτικά στοιχεία τα καταθέτω με την εκτυπωμένη αίτηση συμμετοχής μου.

# ΑΝΑΛΥΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ (1)

(Καταγράφεται από τον υποψήφιο όλη η εμπειρία που επικαλείται στην αίτησή του.)

## A) Εμπειρία σε δευτεροβάθμιο ή τριτοβάθμιο νοσηλευτικό ίδρυμα έως και 24 μήνες

α/α	(α)	(β)	Φορέας απασχόλησης – Εργοδότης	Εργασιακή σχέση (2)	Αντικείμενο απασχόλησης
	Μήνες απασχόλησης	Ημέρες απασχόλησης			

ΣΥΝΟΛΟ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΣΕ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟ Ή ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ (Α)

## B) Εμπειρία στο αντικείμενο έως και 84 μήνες

α/α	(α)	(β)	Φορέας απασχόλησης – Εργοδότης	Εργασιακή σχέση (2)	Αντικείμενο απασχόλησης
	Μήνες απασχόλησης	Ημέρες απασχόλησης			

ΣΥΝΟΛΟ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΣΤΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ (B)

ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ ΜΗΝΩΝ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ (Α+Β) (3)

(1) Αν ο χώρος του παραπάνω πίνακα δεν επαρκεί, μπορεί να χρησιμοποιηθεί και δεύτερο έντυπο υπεύθυνης δήλωσης.

(2) Συμπληρώνεται κατά περίπτωση με «ΣΟΧ», «ΣΜΕ», «Ιδιωτ. τομέας», «Δημόσιο», «Ελεύθ. Επαγγελματίας», «ΚΟΧ», ανάλογα με τη σχέση με το φορέα απασχόλησης.

(3) Συμπληρώνεται το ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ ΜΗΝΩΝ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ (πίνακες Α και Β).

Εφόσον στη στήλη (β) προκύπτει εμπειρία, το σύνολο των ημερών απασχόλησης διαιρείται **διά του 25** (αν η εμπειρία έχει υπολογιστεί ως αριθμός ημερομισθίων) ή **διά του 30** (αν η εμπειρία έχει υπολογιστεί ως χρονικό διάστημα από την ημερομηνία έναρξης έως την ημερομηνία λήξης της απασχόλησης) και το ακέραιο αποτέλεσμα προστίθεται στο σύνολο των μηνών απασχόλησης της στήλης (α).

Ημερομηνία: .....

Ο/Η Δηλ.....

Υπογραφή