



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΜΕΣΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ
ΕΚΑΒ 166

Α Ι Τ Η Σ Η

ΠΡΟΣ: Κ.Υ. ΕΚΑΒ ΑΘΗΝΑΣ
Δ/ση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών
ΤΑΕ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

ΚΑΤΑΡΤΙΖΟΜΕΝΟΣ/Η Δ.ΙΕΚ/Ι.ΙΕΚ

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ : ΔΙΑΣΩΣΤΗΣ ΠΛΗΡ. ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟΥ

ΕΞΑΜΗΝΟ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ: Ε΄

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

ΠΟΛΗ :

Τ.Κ :

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

Α.Μ.Κ.Α.:

Α.Μ.Α.:

ΑΦΜ:

ΔΟΥ:

Α.Δ.Τ.

ΕΚΔΟΣΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:

Παρακαλώ να με αποδεχτείτε για την υλοποίηση της υποχρεωτικής εξάμηνης πρακτικής στο πλαίσιο φοίτησης μου στην ειδικότητα ΔΙΑΣΩΣΤΗΣ ΠΛΗΡΩΜΑ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟΥ, την οποία παρακολουθώ στο ΔΙΕΚ/ΙΙΕΚ και να μου χορηγήσετε σχετική βεβαίωση εργοδότη.

Η πρακτική άσκηση θα πραγματοποιηθεί με βάση του όρους που προβλέπονται στον Ν.4186/2013, τις εγκυκλίους της Γ.Γ.Δ.Β.Μ. 5954/23-6-2014 Υ.Α. (ΦΕΚ 1807/Β΄), Κ1 146931/18-9-2015), την υπ΄ αριθμ. 139931/Κ1/8-9-2015 Κ.Υ.Α. (ΦΕΚ 1953Β΄) και την απόφαση υπ΄ αριθμ.40331/Δ1.13521 του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΦΕΚ 3520΄19-09-2019)

Συνημμένα σας υποβάλλω:

- 1) Βεβαίωση σπουδών από το ΔΙΕΚ/ΙΙΕΚ Ολοκλήρωσης έως και εξάμηνου της ειδικότητας .
- 2) Αντίγραφο του Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας μου.

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

Ημερομηνία :

Υπογραφή