



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΜΕΣΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ  
ΕΚΑΒ 166



**Α Ι Τ Η Σ Η**

ΠΡΟΣ: Κ.Υ. ΕΚΑΒ ΑΘΗΝΑΣ  
Δ/νση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ**

**ΚΑΤΑΡΤΙΖΟΜΕΝΟΣ/Η Δ.ΣΑΕΚ/Ι.ΣΑΕΚ**

**ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ : ΔΙΑΣΩΣΤΗΣ ΠΛΗΡ. ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟΥ**

**ΕΞΑΜΗΝΟ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ: Ε΄**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:**

**ΟΝΟΜΑ:**

**ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:**

**ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:**

**ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:**

**Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:**

**ΠΟΛΗ :**

**Τ.Κ. :**

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ :**

**E-MAIL.:**

**A.M.K.A.:**

**A.M.A.:**

**AΦΜ:**

**ΔΟΥ:**

**A.Δ.Τ.:**

**ΑΡΧΗ ΕΚΔΟΣΗΣ Α.Δ.Τ.:**

**Η/ΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ:**

Παρακαλώ να με αποδεχτείτε για την υλοποίηση της υποχρεωτικής εξάμηνης πρακτικής στο πλαίσιο φοίτησης μου στην ειδικότητα ΔΙΑΣΩΣΤΗΣ ΠΛΗΡΩΜΑ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟΥ, την οποία παρακολουθώ στη Σ.Α.Ε.Κ ..... και να μου χορηγήσετε σχετική βεβαίωση εργοδότη.

Η πρακτική άσκηση θα πραγματοποιηθεί με βάσει τους όρους που προβλέπονται στον Ν. 5082 (ΦΕΚ Α΄9/19-01-2024), την Υ.Α. 5954/23-6-2014 (ΦΕΚ 1807/Β΄) της Γ.Γ.Ε.Ε.Κ.Δ.Β.Μ.&Ν., όπως τροποποιήθηκε και ισχύει, την Κ.Υ.Α. Κ5/160259 (ΦΕΚ 5837/15-12-2021), του Υπουργείου Παιδείας & Θρησκευμάτων, την Κ.Υ.Α. Γ6α/ΓΠ.7037 (ΦΕΚ4445/Β/22-08-2022) του Υπουργείου Υγείας, την Κ.Υ.Α. υπ΄αριθμ. 39883 (ΦΕΚ 2476/13-04-2023) της Δ.ΥΠ.Α., την απόφαση υπ΄ αρ. 40331/Δ1.13521 (ΦΕΚ 3520΄19-09-2019) του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και την Εγκύκλιο αρ. 51 με αρ. Πρωτ. 359893/20-09-2021 του ΕΦΚΑ.

**Συνημμένα** σας υποβάλλω:

- 1) Βεβαίωση φοίτησης από το Δ.ΣΑΕΚ/Ι.ΣΑΕΚ ..... ολοκλήρωσης Δ΄ εξάμηνου της ειδικότητας.
- 2) Αντίγραφο του Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας μου.

**Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ**

**Ημερομηνία :**

**Υπογραφή**