|  |
| --- |
| **Τομέας Μεταβολικών Νοσημάτων των Οστών και Μεταβολισμού Μετάλλων** |

**Προς**: **ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ**

Νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία», Κτίριο Δοξιάδη (1ος όροφος), Τ.Κ. 11527, Αθήνα

Email: [institutech@ich.gr](mailto:institutech@ich.gr)

Υπόψη: κ. Α. Δουλγεράκη, Διευθύντρια Τομέα Μεταβολικών Νοσημάτων των Οστών και Μεταβολισμού Μετάλλων

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ**

***«Τεχνολόγος - Ακτινολόγος»***

**Προσωπικά Στοιχεία:**

|  |  |
| --- | --- |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ** |  |
| **ΟΝΟΜΑ** |  |
| **ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ** |  |
| **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ** |  |
| **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ & ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ** |  |
| **ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΟΣ** |  |
| **Ποιες είναι οι σπουδές σας;**  (Εκπαιδευτικό Ίδρυμα/ Σχολή/ Τμήμα) |  |
| **Άδεια Ασκήσεως Επαγγέλματος** (παρακαλούμε σημειώστε «Ναι»/ «Όχι») |  |
| **Τηλέφωνο Επικοινωνίας**  (παρακαλούμε σημειώστε & κινητό τηλ.) |  |
| **Ηλεκτρονική Διεύθυνση (e-mail)** |  |
| **Συνημμένο βιογραφικό σημείωμα**  (παρακαλούμε σημειώστε «Ναι»/ «Όχι») |  |
| **Συνημμένη Καρτέλα Υποψηφίου - 3 σελίδες excel**  (παρακαλούμε σημειώστε «Ναι»/ «Όχι») |  |

Στα πλαίσια της με αρ. πρωτ. 2167-19/10/2021 πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος του Τομέα Μεταβολικών Νοσημάτων των Οστών και Μεταβολισμού Μετάλλων του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού με την παρούσα επιστολή σας υποβάλλω πρόταση για την θέση **«Τεχνολόγου Ακτινολόγου για εργασία στο αντικείμενο της μέτρησης οστικής πυκνότητας με τη μέθοδο DXA εκ περιτροπής απασχόλησης ένα 8ωρο την εβδομάδα, διάρκειας ενός (1) έτους στον Τομέα Μεταβολικών Νοσημάτων των Οστών και Μεταβολισμού Μετάλλων του Ι.Υ.Π.».**

Συνημμένα υποβάλλονται συμπληρωμένα τα αρχεία: α) Καρτέλα Υποψηφίου (3 σελίδες excel) και β) Βιογραφικό Σημείωμα

Ημερομηνία Υποβολής: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Ο/Η Αιτών/Αιτούσα**

Προσοχή: Συμπληρώστε όλα τα πεδία. Αιτήσεις με ελλιπή στοιχεία, όπως και αιτήσεις που δεν συνοδεύονται από βιογραφικό σημείωμα και καρτέλα υποψηφίου δεν θα αξιολογηθούν