Προς: **ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ**

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

Email: institutech@ich.gr

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ**

**(με όλες τις συνέπειες του νόμου για ψευδή δήλωση)**

***Στο πλαίσιο της***

***για τη θέση 2 για το έργο Project: 101128023 — JAPreventNCD — EU4H-2022-JA-IBA»***

**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 άσκησης επαγγέλματος εφόσον προβλέπεται (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. 102 – 08/02/2024 πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος της Δ/νσης Κοινωνικής και Αναπτυξιακής Παιδιατρικής του Ι.Υ.Π. με την παρούσα επιστολή σας υποβάλλω πρόταση για την θέση **«για τη θέση 2 για το έργο Project: 101128023 — JAPreventNCD — EU4H-2022-JA-IBA»».**

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

Δηλώνω υπεύθυνα ότι οι πληροφορίες που δίνονται στο σύνολο των εντύπων αυτής της αίτησης είναι ακριβείς και αληθείς.

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

**Ο/Η Αιτών/Αιτούσα**

**Προσοχή:** Συμπληρώστε όλα τα πεδία. Αιτήσεις με ελλιπή στοιχεία, όπως και αιτήσεις που δεν συνοδεύονται από (1) ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΗ ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ, (2) ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΕΝΗ ΚΑΡΤΕΛΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ, (3) ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ και (4) ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ δεν θα αξιολογούνται και θα απορρίπτονται.