

ΑΙΤΗΣΗ

ΠΡΟΣ

ΓΛΟΣΥ/ΔΕΠΑΘΑ/Τμ. Α.Θ.Π/Γρ. Υγ/κού.
Πέτρου Ράλλη 1, 17778 Ρούφ Αθήνα.

Επώνυμο :

Όνομα :

Όνομα Πατρός :

Α.Μ.Σ :

Κατοίκου :

Οδός :

Αριθμός :

Τ.Κ :

Τηλέφωνο :

« Περί Αρχικού Διορισμού Θεραπευίδας/οντα. ».

Αθήνα :/...../.....

Υποβάλλω τα συνημμένα δικαιολογητικά και σας παρακαλώ για τον Αρχικό διορισμό της θεραπευίδας/οντα μου σύμφωνα με το Ν. 571/77.

Η/Ο

Αιτ.....

Απαιτούμενα δικαιολογητικά που επισυνάπτονται :

1. Σύμβαση συμπληρωμένη και θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής, από το Αστυν. Τμήμα, του Αναπήρου και της Θεραπευίδας/οντα.
2. Έντυπο Μητρώου Μισθοδοτούμενων Ελληνικού Δημοσίου, (συμπληρωμένο).
3. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 της Θεραπευίδας/οντα στην οποία ν' αναφέρει :

Ότι δεν εργάζεται στο Δημόσιο ή Ιδιωτικό Τομέα, εάν συνταξιοδοτείται και από πού, εάν έχει προϋπηρεσία στο Δημόσιο ή σε Ανάπηρο και αν επιθυμεί να ενταχθεί στις διατάξεις του νέου μισθολογίου.