ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ	**ΠΡΟΣ**
	Γ.Ν.Κ.Υ. ΚΑΡΥΣΤΟΥ
ΟΝΟΜΑ	Παρακαλώ να εξετάσετε την αίτησή μου για τη θέση Π.Ε. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ της ΠΡΟΣΚΛΗΣΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ υπ΄αρίθμ.4894/09.11.2026, για συνεργασία με το Γ.Ν.Κ.Υ. ΚΑΡΥΣΤΟΥ
ΕΠΙΘΕΤΟ	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ	
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ	
ΟΔΟΣ-ΑΡΙΘΜΟΣ	
Τ.Κ.	
Α.Δ. Ταυτότητας	
ΤΗΛ.	
ΚΙΝ. ΤΗΛ.	
Email:	
Συνημμένα δικαιολογητικά : ---------- ---------- ---------- ---------- ---------- ---------- ---------- ---------- ---------- ----------	Ημερομηνία ..... Ο/Η Αιτών/ούσα (υπογραφή)

«ΔΙΟΚΛΕΙΟ» ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Κ.Υ. ΚΑΡΥΣΤΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ—Email: tzala.maria@karystos-hospital.gr
Ταχυδρομική Διεύθυνση : Πολυχρόνη Κότσικα 56, 340 01 Κάρυστος – Εύβοια
Τηλεφωνικό Κέντρο : 2224350100, -101 — E mail:dioclion@karystos-hospital.gr — Web Page: www.karystoshospital.gr