ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Ε.Ν.Ε.

***Ένωση Νοσηλευτών - Νοσηλευτριών Ελλάδος** (ΝΠΔΔ)*

ΒΑΣ. ΣΟΦΙΑΣ 47 Τ.Κ. 106 76 ΑΘΗΝΑ, ΤΗΛ.: 210 3648044-48, FAX: 210 3648049

Αίτηση Εγγραφής Μέλους

ΠΡΟΣΟΧΗ: **Σας παρακαλούμε να συμπληρώσετε την αίτηση με κεφαλαία γράμματα. Όπου υπάρχει κόκκινος αστερίσκος ή κόκκινα τετραγωνίδια, ο χώρος θα συμπληρωθεί από την Υπηρεσία του Π.Τ. ΕΝΕ.**

Ημερ/νία συμπλήρωσης	....	Ημερ/νία Έγκρισης .....
ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ ΜΕΛΟΥΣ	Αριθ. Πρωτοκόλλου - Ημερ/νία παραλαβής **ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΠΑΡΑΛΑΒΟΝΤΟΣ** *	**ΓΙΑ ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ** *

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΤΜΗΜΑ (αρχικό) * ☐☐ **ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ** ☐☐☐☐☐

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ

Επώνυμο: ..... Όνομα: .....

Όνομα πατέρα: ..... Όνομα μητέρας: ..... Ιθαγένεια: .....

Άνδρας ☐ Γυναίκα ☐ ☐ ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ☐☐☐☐ ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ .....

(σημειώστε με Χ το φύλο σας)

Αριθ. Δελτίου Αστυν. Ταυτότητας: ..... Αριθμός Διαβατηρίου: ..... Αριθ. Αδειας Παραμονής: .....

(σημειώστε τον αριθμό ενός τουλάχιστον αποδεικτικού που διαθέτετε)

ΒΑΣΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ ☐☐☐

Ανώτατο Ίδρυμα: .....

Σχολή/Τμήμα: .....

Κανονική διάρκεια σπουδών (χρόνια): ..... ΕΤΟΣ ΚΤΗΣΗΣ ΠΤΥΧΙΟΥ ☐☐☐☐ ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΤΥΧΙΟΥ: .....

Στοιχεία αναγνώρισης ισοτιμίας (πτυχίου εξωτερικού): .....

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ ☐☐☐

Ίδρυμα/Σχολή: .....

Μεταπτυχιακό ☐ Τίτλος Εργασίας: .....

.....

Ίδρυμα/Σχολή: .....

Μεταπτυχιακό ☐ Τίτλος Εργασίας: .....

.....

ΜΗ ΓΡΑΦΕΤΕ ΣΤΟ ΠΕΡΙΘΩΡΙΟ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ

Ειδικότητα:.....Ειδίκευση:.....

ΞΕΝΕΣ ΓΛΩΣΣΕΣ *(μην αναφέρετε γλώσσες που γνωρίζετε μέτρια)*

1. Γλώσσα:.....Μιλώ ΑΡΙΣΤΑ ☐ ΚΑΛΑ ☐ Γράφω ΑΡΙΣΤΑ ☐ ΚΑΛΑ ☐ Μεταφράζω ΑΡΙΣΤΑ ☐ ΚΑΛΑ ☐

2. Γλώσσα:.....Μιλώ ΑΡΙΣΤΑ ☐ ΚΑΛΑ ☐ Γράφω ΑΡΙΣΤΑ ☐ ΚΑΛΑ ☐ Μεταφράζω ΑΡΙΣΤΑ ☐ ΚΑΛΑ ☐

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ *(αναφέρετε ότι άλλο θεωρείτε σημαντικό και χρήσιμο, όπως ύπαρξη συγγραφικού έργου, ύπαρξη και άλλου πτυχίου τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, συμμετοχή σε Δ.Σ. φοιτητικού, επαγγελματικού, επιστημονικού νοσηλευτικού φορέα, συμμετοχή σε ΜΚΟ κ.λπ.)*

.....

.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ *(σημειώστε με Χ την περίπτωσή σας)*

Είσθε κάτοχος **άδειας άσκησης** επαγγέλματος Νοσηλευτή; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Εφόσον παρέχετε ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ *(σημειώστε με Χ την περίπτωσή σας)*

Στον ευρύτερο Δημόσιο Τομέα ως **Μόνιμος** Υπάλληλος ☐ Στον ευρύτερο Δημόσιο Τομέα ως Υπάλληλος **Ιδιωτικού Δικαίου** ☐ Στον **Ιδιωτικό** Τομέα ☐

Εργασιακός φορέας:..... Νομική μορφή:.....

Τμήμα Εργασίας:..... Θέση:.....

Διεύθυνση (πλήρης):..... ΤΑΧΥΚΩΔ:.....

Αριθ.Τηλ.:..... Αριθ. Fax:..... e-mail:.....

Εφόσον ΔΕΝ παρέχετε ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ *(σημειώστε με Χ την περίπτωσή σας)*

Εργάζομαι ως Νοσηλευτής Ελεύθερος Επαγγελματίας ☐

Επωνυμία Επιχείρησης:.....

Διεύθυνση (πλήρης):..... ΤΑΧΥΚΩΔ:.....

Αριθ.Τηλ.:..... Αριθ. Fax:..... e-mail:.....

Είμαι άνεργος και επιθυμώ να εργασθώ ως Νοσηλευτής ☐

Δε χρησιμοποιώ το πτυχίο Νοσηλευτικής στη σημερινή εργασία μου ☐

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ *(για ταχυδρομική, τηλεφωνική κλπ. επαφή μαζί σας)*

Οδός:..... Αριθμός:..... ΤΑΧΥΚΩΔ:.....

Πόλη:..... Νομός:..... Χώρα:.....

Σταθερό Τηλ.:..... Κινητό Τηλ.: ..... e-mail:.....

ΜΗ ΓΡΑΦΕΤΕ ΣΤΟ ΠΕΡΙΘΩΡΙΟ