**......./......./ ………**

## ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

***Προς το Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών***

***Σχολή Επιστημών Υγείας***

***Τμήμα Νοσηλευτικής***

Παρακαλώ να δεχτείτε την αίτησή μου για το Μετεκπαιδευτικό πρόγραμμα:

***"Παιδιατρικών Νοσηλευτών & Επαγγελματιών Υγείας***

* ***Εκπαιδευτών Παιδιού με σακχαρώδη Διαβήτη και Οικογένειας αυτού "***

**Στοιχεία υποψηφίου:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Επίθετο:** | | | |
| **Όνομα:** | | | |
| **τηλέφωνο εργασίας** | **τηλέφωνο σπιτιού** | **κινητό τηλέφωνο** | **e-mail** |
|  |  |  |  |

# Νοσοκομείο που εργάζομαι:

# Τμήμα που εργάζομαι :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Προϋπηρεσία σε Παθολογικά Παιδιατρικά Τμήματα, ή Διαβητολογικά Κέντρα Νεανικού Διαβήτη** | | **Επίπεδο σπουδών**  *(Βάλτε ένα κεφαλαίο***Χ** *στο επίπεδο σπουδών σας)* | | | |
| Κάτοχος PhD | **Κάτοχος MSc** | Κάτοχος βασικού πτυχίου ΠΕ | **Κάτοχος βασικού πτυχίου** **ΤΕ** |
| Ναι  (πόσους μήνες;) | **όχι** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Γνώση αγγλικής** | **Ναι**  **(σημειώστε επίπεδο)** | **όχι** | **Γνώση χρήσης Η/Υ** | **Ναι**  **(σημειώστε επίπεδο)** | **Όχι** |

|  |
| --- |
| **Έχετε παρακολουθήσει ξανά εκπαιδευτική δραστηριότητα με συναφή θεματολογία;** |
| ΝΑΙ 🞏 ΟΧΙ 🞏 |
| **Εάν ναι, αναφέρετε που και συνολική διάρκεια:**  **……………………………………………………………………………………………………………………………………….** |
| **……………………………………………………………………………………………………………………………………….**  **……………………………………………………………………………………………………………………………………….**  **……………………………………………………………………………………………………………………………………….** |

Δηλώνω υπεύθυνα ότι γνωρίζω ότι : θα καταθέσω τα πρωτότυπα συνημμένα την ημέρα της συνέντευξης, ότι η φοίτηση στο Μετεκπαιδευτικό Πρόγραμμα είναι υποχρεωτική και ότι θα καταβάλλω εντός των καθορισμένων προθεσμιών τα δίδακτρα συνολικού ύψους 500 ευρώ (σε 3 δόσεις).Tο πρόγραμμα θα πραγματοποιηθεί διαδικτυακά Πέμπτη και Παρασκευή, απογευματινές ώρες, με έναρξη τον Φεβρουάριο του 2021.

**Οι Αιτήσεις υποβάλλονται**

**ηλεκτρονικά στη διεύθυνση:** [**info@pediatricnursing.gr**](mailto:info@pediatricnursing.gr)

### Ο/Η Αιτών/ούσα

### Υπογραφή

Επισυνάπτονται:

1. Σύντομο βιογραφικό σημείωμα
2. Αντίγραφο βασικού πτυχίου
3. Αντίγραφο Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης, αν υπάρχει
4. Αντίγραφο Διδακτορικού Διπλώματος, αν υπάρχει