



Κεντρική Ένωση
Δήμων Ελλάδας



Πρώτοι στα Επαγγέλματα Υγείας

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΥΠΟΤΡΟΦΙΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

Όνοματεπώνυμο Όνομα Πατρός

Διεύθυνση Κατοικίας Δήμος

Σταθερό Τηλέφωνο Κινητό E-mail

Ημερομηνία Γέννησης Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας Α.Φ.Μ

Λύκειο Αποφοίτησης Έτος Αποφοίτησης Βαθμός Απολυτηρίου

Με την παρούσα αίτηση, ζητώ να μου χορηγηθεί υποτροφία σπουδών για μία από τις παρακάτω ειδικότητες του Ι.Ι.Ε.Κ. ΣΒΙΕ:

(σημειώστε τις επιλογές σας - κατά σειρά προτίμησης - με τους αριθμούς 1 έως 3)

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| Βοηθός Ιατρικών Εργαστηρίων | <input type="checkbox"/> | Βοηθός Φυσικοθεραπείας | <input type="checkbox"/> |
| Βοηθός Νοσηλευτικής Χειρουργείου | <input type="checkbox"/> | Βοηθός Φαρμακείου | <input type="checkbox"/> |
| Βοηθός Νοσηλευτικής ΜΕΘ | <input type="checkbox"/> | Τεχνικός Αισθητικής Τέχνης & Μακιγιάζ | <input type="checkbox"/> |
| Βοηθός Νοσηλευτικής Μαιευτικής | <input type="checkbox"/> | Βοηθός Οπτικής & Οπτομετρίας | <input type="checkbox"/> |
| Βοηθός Ραδιολογίας & Ακτινολογίας | <input type="checkbox"/> | Στέλεχος Διατροφής & Διαιτολογίας | <input type="checkbox"/> |
| Βοηθός Οδοντικής Τεχνολογίας | <input type="checkbox"/> | Βοηθός Βρεφονηπιοκόμων | <input type="checkbox"/> |

Ο αιτών / Η αιτούσα (υπογραφή)

Συμπληρώνεται από την Κοινωνική Υπηρεσία του Δήμου

Κοινωνικά & οικονομικά κριτήρια που δικαιολογούν την αίτηση για υποτροφία (π.χ. ΑμεΑ, ανεργία, οικογενειακό εισόδημα, πολυτεκνία κ.ά.)

Ημερομηνία

Σφραγίδα – Υπογραφή Υπαλλήλου