



Κεντρική Ένωση
Δήμων Ελλάδας



I.I.E.K.
ΣΒΙΕ

Πρώτοι στα Επαγγέλματα Υγείας

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΥΠΟΤΡΟΦΙΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ 2016 -2017

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

☐

Βοηθός Νοσηλευτικής Χειρουργείου

☐

Βοηθός Νοσηλευτικής ΜΕΘ

☐

Βοηθός Νοσηλευτικής Μαιευτικής

☐

Βοηθός Ραδιολογίας & Ακτινολογίας

☐

Βοηθός Οδοντικής Τεχνολογίας

☐

Βοηθός Φαρμακείου

☐☐

Βοηθός Φυσικοθεραπείας

☐

Βοηθός Εργοθεραπείας

☐

Προπονητής Αθλημάτων

☐

Βοηθός Οπτικής & Οπτομετρίας

☐

Στέλεχος Διατροφής & Διαιτολογίας

☐

Βοηθός Βρεφονηπιοκόμων

☐

Αισθητικής Τέχνης & Μακιγιάζ

Ο αιτών / Η αιτούσα (υπογραφή)

Συμπληρώνεται από την Κοινωνική Υπηρεσία του Δήμου

Κοινωνικά & οικονομικά κριτήρια που δικαιολογούν την αίτηση για υποτροφία* (π.χ. μακροχρόνια ανεργία, αναπηρία, ατομικό ή οικογενειακό εισόδημα κ.ά.)

Ημερομηνία

Σφραγίδα – Υπογραφή Υπαλλήλου

* Κάθε αίτηση είναι πρέπει να συνοδεύεται από απλή φωτοτυπία της ταυτότητας, του απολυτηρίου λυκείου και του δελτίου ανεργίας, καθώς και των δικαιολογητικών που αποδεικνύουν τους ισχυρισμούς για κάθε πρόσθετο κοινωνικό κριτήριο (π.χ. αναπηρία).