



Κεντρική Ένωση
Δήμων Ελλάδας



I.I.E.K.
ΣΒΙΕ

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

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