



ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΜΕΣΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΛΑΡΙΣΑΣ
ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ

Λάρισα, 8 Μαρτίου 2022
Αριθ. Πρωτ. : 1295

Ταχ. Δ/ση : Μεζούρλο Π.Γ.Ν. Λάρισας
Ταχ. Κώδικας : 41110 Τ.Θ.1377
Πληροφορίες : Σταμνάς Κων/νος
Τηλέφωνο : 2410-685215
Fax : 2410-617116
E-mail : k.stamnas@ekab.gr

ΠΡΟΣ : Διασώστες, Ιατρούς και
Νοσηλευτές του ΕΚΑΒ Λάρισας.
Κοιν: Τομείς Βόλου, Καρδίτσας
και Τρικάλων.

ΘΕΜΑ: «Πρόσκληση ενδιαφέροντος προς Διασώστες, Γιατρούς και Νοσηλευτές του ΕΚΑΒ-5 για την στελέχωση του Ειδικού Τμήματος Καταστροφών – ΕΤΙΚ-Θεσσαλίας»

Στα πλαίσια δημιουργίας Ειδικού Τμήματος Ιατρικής Καταστροφών, ΕΤΙΚ-Θεσσαλίας, ανακοινώνεται πρόσκληση ενδιαφέροντος προς Διασώστες, Γιατρούς και Νοσηλευτές του ΕΚΑΒ-5 για την στελέχωση ομάδων ετοιμότητας σε αποστολές εσωτερικού και εξωτερικού.

Οι ενδιαφερόμενοι θα μπορούν να δηλώσουν την επιθυμία συμμετοχής στις δράσεις του Ειδικού Τμήματος Ιατρικής Καταστροφών του ΕΚΑΒ (Ε.Τ.Ι.Κ.-Θεσσαλίας) καταθέτοντας συμπληρωμένη αίτηση και βιογραφικό σημείωμα στο γραφείο εκπαίδευσης του ΕΚΑΒ Λάρισας, με την σημείωση «ένταξη στο ΕΤΙΚ-ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ»

Οι αιτήσεις θα γίνονται δεκτές μέχρι τις 21/3/22 .

Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να απευθύνεστε στις κ. Αρχοντή Σπυριδούλα και Φράγιου Ασπασία στα τηλέφωνα 2410685219,2410685225.

Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ
ΤΟΥ ΕΚΑΒ ΛΑΡΙΣΑΣ

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΣΤΑΜΝΑΣ



ΑΙΤΗΣΗ

Προς:

**ΕΙΔΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΩΝ
(Ε.Τ.Ι.Κ.) Ε.Κ.Α.Β.**

Εισαγωγή
Φωτογραφίας

1. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Επώνυμο: _____

Όνομα : _____

Όνομα πατρός : _____

Ημερομηνία και έτος γεννήσεως : _____

Αρ. ταυτότητας και διαβατηρίου : _____

Αρ. κινητού τηλεφώνου : _____

Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο : _____

2. ΞΕΝΕΣ ΓΛΩΣΣΕΣ

Αγγλικά Επίπεδο: _____

Γαλλικά Επίπεδο: _____

Άλλη ξένη γλώσσα: _____ Επίπεδο: _____

3. ΤΙΤΛΟΙ ΣΠΟΥΔΩΝ & ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΙ ΤΙΤΛΟΙ

Τίτλος / πτυχίο: _____ Εκπαιδευτικό ίδρυμα: _____

Τίτλος ΠΜΣ: _____ Εκπαιδευτικό ίδρυμα: _____

Ειδικότητα: _____

Επαγγελματικός τίτλος: _____

Ίδρυμα ή οργανισμός: _____

Εργασιακή εμπειρία 1-4 χρόνια 5-9 χρόνια >10 χρόνια

4. ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Παρακαλούμε αναφέρατε εάν έχετε παρακολουθήσει κάποιο από τα παρακάτω σεμινάρια.

Επείγουσα Προνοσοκομειακή Ιατρική ΕΠΙ Έτος: _____

Basic Life Support BLS Έτος: _____

Advanced Life Support ALS Έτος: _____

Prehospital Trauma Life Support PHTLS Έτος: _____

Advanced Trauma Life Support ATLS Έτος: _____

Advanced Pediatric Life Support APLS Έτος: _____

FAST ECHO Έτος: _____

Προηγούμενη εμπειρία σε Συντονιστικά Κέντρα Έτη: _____



5. ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Οι υποψήφιοι μπορούν να χρησιμοποιήσουν αυτό το μέρος για να αναφέρουν περισσότερες πληροφορίες, σχετικές με την αίτησή τους (αν ο παρακάτω χώρος δεν είναι επαρκής συμπληρώστε ξεχωριστό φύλλο).

Δηλώνω ότι:

1. Τα στοιχεία που αναφέρω στην παρούσα αίτηση και τα συνημμένα δικαιολογητικά είναι πλήρη και ακριβή.
2. Δηλώνω ότι διαθέτω: Πιστοποιητικό εμβολιασμού Πιστοποιητικό νόσησης Δεν επιθυμώ να δηλώσω

Υπογραφή _____ Ημερομηνία _____

Πολιτική Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων

Ο Ευρωπαϊκός Γενικός Κανονισμός Προστασίας Δεδομένων (GDPR – ΕΕ 2016/679) τέθηκε σε πλήρη εφαρμογή στις 25 Μαΐου 2018. Στο πλαίσιο αυτό θα θέλαμε να σας ενημερώσουμε ότι ικανοποιούνται οι προϋποθέσεις που θέτει ο Ευρωπαϊκός Κανονισμός Προστασίας Δεδομένων (GDPR – ΕΕ 2016/679).

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ :

ΦΩΤΟ

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ :

ΤΗΛ. :

e. mail :

Αρ. Δελτίου ταυτότητας :

Αρ. Διαβατηρίου :

Ημερομηνία Γεννήσεως :

Τόπος Γεννήσεως :

Τόπος Κατοικίας :

Οικογενειακή Κατάσταση :

Γραμματικές Γνώσεις :

Σπουδές :

Μεταπτυχιακά :

Ειδικές Γνώσεις – Σεμινάρια :

Γνώσεις Μηχανογράφησης :

Γενικές Γνώσεις : Ξένες Γλώσσες , Επαγγελματικές Άδειες κ.λ.π

Προϋπηρεσίες (και σε άλλα αντικείμενα) :

Ασκήσεις-Αποστολές :

Στρ/τική Θητεία Σώμα :

Ειδικότητα :

Άλλα Ενδιαφέροντα :

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ
Ε.Τ.Ι.Κ.
(ΕΙΔΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΩΝ)**

Όνοματεπώνυμο:

Ειδικότητα:

Ομάδα:

Επιθυμώ εθελοντικά να ενταχθώ στη δύναμη του Ε.Τ.Ι.Κ. να παρευρίσκομαι στις συνελεύσεις του τμήματος και να συμμετέχω στις αποστολές που θα λάβουν χώρα στο εσωτερικό (ή στο εξωτερικό), γνωρίζοντας ότι άρνηση συμμετοχής στις συναντήσεις ή τις αποστολές θα σημάνει αυτόματα την απομάκρυνση μου από το τμήμα.

Ε.Κ.Α.Β. ΛΑΡΙΣΑΣ

Ημερομηνία: