**ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΟΡΙΣΜΟ « ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ» ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΛΗΨΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ 7Η ΥΠΕ ΚΡΗΤΗΣ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Επώνυμο    Όνομα    Όνομα Πατέρα  Όνομα Μητέρας  Μονάδα Υγείας ………………………………….  Ειδικότητα    Διεύθυνση Κατοικίας (Οδός, αριθμός)    Τ.Κ  Τηλ. επικοινωνίας  Κινητό τηλ.  email:    **Συνημμένα :**  **1.**Βιογραφικό Σημείωμα  **2** Πιστοποιητικό Υπηρεσιακών Μεταβολών  **3** Αντίγραφα τίτλων Σπουδών | **ΠΡΟΣ: 7η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης**   |  | | --- | | Με την παρούσα αιτούμε τη συμμετοχή μου στη διαδικασία επιλογής για τον ορισμό ως : |  * **Αναπληρωτή** **Συντονιστής/τρια**  Εκπαίδευσης των Ειδικευομένων νοσηλευτών για τη λήψη ειδικότητας **«Παθολογικής Νοσηλευτικής»**       **ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ :**  **Προϋποθέσεις** : Άρθρο 32 του Ν. 4715/2020 (ΦΕΚ 149/τ.Α/01-08-2020 ) και άρθρο 41 του Ν. 4876/2021 (ΦΕΚ 251/τ.Α/23-12-2021)  Νοσηλευτής/τρια κατηγορίας ΠΕ ή ΤΕ ελλείψει ΠΕ, που υπηρετεί σε ένα  από τα Νοσοκομεία ή Κέντρα Υγείας ή την Κεντρική Υπηρεσία της Υ.ΠΕ.  Κάτοχος συναφούς διδακτορικού διπλώματος, ή συναφούς μεταπτυχιακού τίτλου ειδίκευσης ή ή τίτλου συναφούς ειδικότητας.     |  | | --- | |  |   Δηλώνω υπεύθυνα ότι: Τα συνημμένα έγραφα είναι γνήσια αντίγραφα των πρωτοτύπων       |  | | --- | |  |   Δηλώνω ότι παρέχω τη συγκατάθεσή μου για την συλλογή, τήρηση σε ηλεκτρονικό αρχείο και επεξεργασία, σύμφωνα με τις διατάξεις του ν.4624/2019 και του Κανονισμού ΕΕ 2016/679 των προσωπικών δεδομένων μου από την 7η ΔΥΠΕ. Η ΔΥΠΕ. δεσμεύεται για την τήρηση εχεμύθειας και απορρήτου των παραπάνω δεδομένων και ότι θα λαμβάνει κάθε αναγκαίο τεχνικό ή οργανωτικό μέτρο για την ασφάλεια των δεδομένων και την προστασία τους από τυχαία ή αθέμιτη καταστροφή, τυχαία απώλεια, αλλοίωση, απαγορευμένη διάδοση ή πρόσβαση και κάθε άλλη αθέμιτη επεξεργασία.  Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ  ………………………………………………….  Ημερομηνία …………………………………… |