**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 ένααπό 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 ……………………………………  |