**ΑΙΤΗΣΗ-ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ ΚΑΙ ΑΝΑΠΗΡΩΤΗ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ/ΤΡΙΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

Επώνυμο .....

Όνομα .....

Όνομα Πατέρα .....

Όνομα Μητέρας .....

Μονάδα Υγείας .....

Ειδικότητα .....

.....

Διεύθυνση Κατοικίας (Οδός, αριθμός)

.....

Τ.Κ .....

Τηλ. επικοινωνίας .....

Κινητό τηλ. .....

email: .....

Ημερομηνία .....

**ΠΡΟΣ: 7η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης**

Με την παρούσα αιτούμε τη συμμετοχή μου στη διαδικασία επιλογής Συντονιστή και Αναπληρωτή Συντονιστή Εκπαίδευσης Ειδικευομένων Νοσηλευτών/τριων για τη θέση :

**Συντονιστής Εκπαίδευσης** για την ειδικότητα Χειρουργικής Νοσηλευτικής ☐

**Αναπληρωτής Συντονιστής** για την ειδικότητα Χειρουργικής Νοσηλευτικής ☐

**Συνημμένα :**
**1.**Βιογραφικό Σημείωμα
**2** Πιστοποιητικό Υπηρεσιακών Μεταβολών
**3** Αντίγραφα τίτλων Σπουδών
**4……**

**ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ :**

**Α. Προϋποθέσεις** : Άρθρο 41 του Ν. 4876/2021 (ΦΕΚ 251/τ.Α/23-12-2021)

1 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.

2 Κάτοχος συναφούς διδακτορικού διπλώματος, ή συναφούς μεταπτυχιακού τίτλου ειδίκευσης ή ή τίτλου συναφούς ειδικότητας.

Β. **Συμπληρώστε το ανάλογο πεδίο** ☐

Γ. Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία θέσεις

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.

...../...../20.....

**Ο/Η ΑΙΤ…..**

ΥΠΟΓΡΑΦΗ