**ΑΙΤΗΣΗ-ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΩΝ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ/ΤΡΙΩΝ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Επώνυμο  Όνομα  Όνομα Πατέρα Όνομα Μητέρας Μονάδα Υγείας ………………………………….Ειδικότητα  Διεύθυνση Κατοικίας (Οδός, αριθμός) Τ.Κ Τηλ. επικοινωνίας Κινητό τηλ. email: Ημερομηνία ……………………………………**Συνημμένα :****1.**Βιογραφικό Σημείωμα**2** Πιστοποιητικό Υπηρεσιακών Μεταβολών**3** Αντίγραφα τίτλων Σπουδών**4………………………………………………** | **ΠΡΟΣ: 7η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης**

|  |
| --- |
| Με την παρούσα αιτούμε τη συμμετοχή μου στη διαδικασία επιλογής Συντονιστών και Αναπληρωτών Συντονιστών Εκπαίδευσης Ειδικευομένων Νοσηλευτών/τριων για τη θέση :  |

1. **Συντονιστής Εκπαίδευσης** για την ειδικότητα Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας

**Αναπληρωτής Συντονιστής** για την ειδικότητα Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας Για τα νοσοκομεία (Ε.Μ.)……………………………………..1. **Συντονιστής Εκπαίδευσης** για την ειδικότητα Γεροντολογικής Νοσηλευτικής

**Αναπληρωτής Συντονιστής** για την ειδικότητα Γεροντολογικής ΝοσηλευτικήςΓια τα νοσοκομεία (Ε.Μ.) ……………………………………..1. **Συντονιστής Εκπαίδευσης** για την ειδικότητα Νοσηλευτικής Καρδιαγγειακών Παθήσεων

**Αναπληρωτής Συντονιστής** για την ειδικότηταΝοσηλευτικής Καρδιαγγειακών ΠαθήσεωνΓια τα νοσοκομεία (Ε.Μ.) ……………………………………..1. **Συντονιστής Εκπαίδευσης** για την ειδικότητα Παθολογικής Νοσηλευτικής

**Αναπληρωτής Συντονιστής** Εκπαίδευσης για την ειδικότητας Παθολογικής Νοσηλευτικής Για τα νοσοκομεία (Ε.Μ.) ……………………………………..1. **Συντονιστής Εκπαίδευσης** για την ειδικότητα Νοσηλευτικής Παίδων

**Αναπληρωτής Συντονιστής** Εκπαίδευσης για την ειδικότητας Νοσηλευτικής Παίδων 1. **Συντονιστής Εκπαίδευσης** για την ειδικότητα Χειρουργικής Νοσηλευτικής

**Αναπληρωτής Συντονιστής** Εκπαίδευσης για την ειδικότητα Χειρουργικής Νοσηλευτικής Για τα νοσοκομεία (Ε.Μ.) …………………………………….. |
|  |  |

**ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ :**

**Α. Προϋποθέσεις** : Άρθρο 59 του Ν. 4690/2020, όπως τροποποιήθηκε από το άρθρο 32 του Ν.4715/2020 και το άρθρο 41 του Ν.4876/2021.

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.

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

Β. **Συμπληρώστε το ανάλογο πεδίο**

Γ. Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία θέσεις

Δ. Συμπληρώστε το Νοσοκομείο που εκδηλώνετε το ενδιαφέρον σας για τη θέση του «Αναπληρωτή Συντονιστή Εκπαίδευσης» για την …………………………… Νοσηλευτική

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