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