**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ/ΣΤΡΙΑΣ και ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ/ΤΡΙΑ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ/ΣΤΡΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ/ΤΡΙΩΝ**

|  |  |
| --- | --- |
| Επώνυμο:  Όνομα :  Όνομα Πατέρα: ……..Όνομα Μητέρας: ……Κατηγορία………………………………………………………..Κλάδος…………………………………………………………….Φορέας απασχόλησης:…………………………………………………..………………………………………………………………………….Διεύθυνση Κατοικίας (Οδός, αριθμός) Τ.Κ Τηλ. Επικοινωνίας: Κινητό Τηλέφωνο:. Ε-mail: Αριθμ. Αστ. Ταυτότητας Ημερ. Εκδ Εκδ. Αρχή  | **ΠΡΟΣ: 4η Υγειονομική Περιφέρεια**  **Μακεδονίας και Θράκης** Αιτούμαι τη συμμετοχή μου στη διαδικασία επιλογής Αναπληρωτή/τριας Συντονιστή/στριας Εκπαίδευσης Ειδικευομένων Νοσηλευτών/τριών στις ειδικότητες: α) «Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας» β)«Νοσηλευτικής Καρδιαγγειακών Παθήσεων» γ) «Ογκολογικής Νοσηλευτικής»δ) «Νοσηλευτικής Παίδων» ε) «Χειρουργικής Νοσηλευτικής»για τη θέση: * **Συντονιστής/τρια Εκπαίδευσης για την ειδικότητα: «Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας»** ⬜
* **Αναπληρωτής/τρια Συντονιστής/τρια Εκπαίδευσης για την ειδικότητα: «Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας» της Εκπαιδευτικής Μονάδας του :**

Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ ⬜Γ.Ν.Θ. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» ⬜* **Συντονιστής/τρια Εκπαίδευσης για την ειδικότητα:« Νοσηλευτικής** **Καρδιαγγειακών Παθήσεων»** ⬜
* **Αναπληρωτής/τρια Συντονιστής/τρια Εκπαίδευσης για την ειδικότητα: «Νοσηλευτικής** **Καρδιαγγειακών Παθήσεων» της Εκπαιδευτικής Μονάδας του :**

Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ ⬜Π. Γ.Ν. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ ⬜* **Συντονιστής/τρια Εκπαίδευσης για την ειδικότητα:« Ογκολογικής Νοσηλευτικής»** ⬜
* **Αναπληρωτής/τρια Συντονιστής/τρια Εκπαίδευσης για την ειδικότητα: «Νοσηλευτικής Καρδιαγγειακών Παθήσεων» της Εκπαιδευτικής Μονάδας του :**

Α.Ν.Θ. «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ» ⬜* **Συντονιστής/τρια Εκπαίδευσης για την ειδικότητα: «Νοσηλευτικής Παίδων»** ⬜
* **Αναπληρωτής/τρια Συντονιστής/τρια Εκπαίδευσης για την ειδικότητα: «Νοσηλευτικής Παίδων» της Εκπαιδευτικής Μονάδας του :**

Γ.Ν.Θ. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» ⬜* **Συντονιστής/τρια Εκπαίδευσης για την ειδικότητα:« Χειρουργικής Νοσηλευτικής»** ⬜
* **Αναπληρωτής/τρια Συντονιστής/τρια Εκπαίδευσης για την ειδικότητα: «Χειρουργικής Νοσηλευτικής» της Εκπαιδευτικής Μονάδας του:**

Π. Γ.Ν. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ ⬜* Συνημμένα υποβάλλω αρχεία των κάτωθι δικαιολογητικών:
1. Πτυχίο
2. Διδακτορικό Δίπλωμα ή Μεταπτυχιακός Τίτλος Σπουδών
3. Πιστοποιητικό Υπηρεσιακών Μεταβολών
4. Βιογραφικό Σημείωμα
5. …………………………………………………………………………….
6. ………………………………………………………………………………
 |

**ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ**:  **Συμπληρώστε το ανάλογο πεδίο**

Δηλώνω υπεύθυνα ότι: Τα συνημμένα έγγραφα 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 4η 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…..**