

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΟΡΙΣΜΟ « ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ/ΤΡΙΑΣ» ΚΑΙ
ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΩΝ/ΤΡΙΩΝ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΩΝ/ΤΡΙΩΝ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΤΗΣ 7ΗΣ ΥΠΕ ΚΡΗΤΗΣ**

Επώνυμο
.....

ΠΡΟΣ: 7^η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης

Όνομα
.....

Με την παρούσα αιτούμε τη συμμετοχή μου στη διαδικασία επιλογής για τον ορισμό ως :

Όνομα Πατέρα
.....

Όνομα Μητέρας
.....

Μονάδα Υγείας
.....

Ειδικότητα
.....
.....

- ☐ Συντονιστής/τρια Εκπαίδευσης των Ειδικευομένων νοσηλευτών για τη λήψη ειδικότητας «Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής»
- ☐ Αναπληρωτών Συντονιστών/τριών Εκπαίδευσης των Ειδικευομένων νοσηλευτών για τη λήψη ειδικότητας «Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής»

Διεύθυνση Κατοικίας (Οδός, αριθμός)
.....
.....

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)

Τ.Κ
.....

Νοσηλεύτης/τρια κατηγορίας ΠΕ ή ΤΕ ελλείψει ΠΕ, που υπηρετεί σε ένα από τα Νοσοκομεία ή Κέντρα Υγείας ή την Κεντρική Υπηρεσία της Υ.ΠΕ.

Τηλ. επικοινωνίας
.....

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

Κινητό τηλ.
.....

☐ Δηλώνω υπεύθυνα ότι: Τα συνημμένα έγγραφα είναι γνήσια αντίγραφα των πρωτοτύπων

email:
.....

☐ 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 7^η 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.

Συνημμένα :

- 1.**Βιογραφικό Σημείωμα
- 2** Πιστοποιητικό Υπηρεσιακών Μεταβολών
- 3** Αντίγραφα τίτλων Σπουδών

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

Ημερομηνία