ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΟΡΙΣΜΟ « ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ/ΤΡΙΑΣ» ΚΑΙ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΩΝ/ΤΡΙΩΝ ΣΥΝΤΟΝΤΙΣΤΩΝ/ΤΡΙΩΝ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ/ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΤΗΣ 7ΗΣ ΥΠΕ ΚΡΗΤΗΣ

Επώνυμο
.....

Όνομα
.....

Όνομα Πατέρα
.....
Όνομα Μητέρας
.....
Μονάδα Υγείας
.....
Ειδικότητα
.....
.....

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

.....

Τ.Κ
.....

Τηλ. επικοινωνίας
.....
Κινητό τηλ.
.....

email:
.....

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

ΠΡΟΣ: 7η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης

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

- ☐ Συντονιστής/τρια Εκπαίδευσης των Ειδικευομένων νοσηλευτών για τη λήψη ειδικότητας «Νοσηλευτικής Δημόσιας Υγείας/Κοινοτικής Νοσηλευτικής»

- ☐ Αναπληρωτής/τρια Συντονιστής/τρια Εκπαίδευσης των Ειδικευομένων νοσηλευτών για τη λήψη ειδικότητας «Νοσηλευτικής Δημόσιας Υγείας/Κοινοτικής Νοσηλευτικής»

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)

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.

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

☐ 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.

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

Ημερομηνία