**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ 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 Συντονιστή/τρια Εκπαίδευσης Ειδικευομένων Νοσηλευτών/τριών στην ειδικότητα: «Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας»   * **Συντονιστής/τρια Εκπαίδευσης για την ειδικότητα: «Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας»** ⬜ * 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……**