**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……**