**ΑΙΤΗΣΗ-ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ/ΣΤΡΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ/ΤΡΙΩΝ**

|  |  |
| --- | --- |
| Επώνυμο:  Όνομα :  Όνομα Πατέρα: ……..  Όνομα Μητέρας: …….  Φορέας απασχόλησης:………………………………………………………………………………...  Κατηγορία…………………………………….  Κλάδος…………………………………………  Διεύθυνση Κατοικίας (Οδός, αριθμός)    Τ.Κ………………………………………  Τηλ. επικοινωνίας  Κινητό Τηλέφωνο:.  Ε-mail: ..  Αρ. Αστ. Ταυτότητας: ..  Ημερ. Εκδ.:  Εκδ. Αρχή: | **ΠΡΟΣ: 4η Υγειονομική Περιφέρεια**  **Μακεδονίας και Θράκης**  Αιτούμαι τη συμμετοχή μου στη διαδικασία επιλογής Αναπληρωτή/τριας Συντονιστή/τριας Εκπαίδευσης Ειδικευομένων Νοσηλευτών/τριών για τη θέση:   * + **Αναπληρωτής/τρια Συντονιστής/τρια Εκπαίδευσης για την ειδικότητα «Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής» της Εκπαιδευτικής Μονάδας του Γ.Ν.Θ. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»** * Συνημμένα υποβάλλω αρχεία των κάτωθι δικαιολογητικών:  1. Πτυχίο 2. Διδακτορικό Δίπλωμα ή Μεταπτυχιακός Τίτλος Σπουδών 3. Βιογραφικό Σημείωμα 4. Πιστοποιητικό Υπηρεσιακών Μεταβολών 5. ……………………………………………………………………………. 6. ………………………………………………………… |

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…..**