**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…..**