

**ΑΙΤΗΣΗ-ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΠΡΟΣ ΛΗΨΗ
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ/ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

Ν.4690/2020 (ΦΕΚ Α 104 - 30.05.2020), Ν. 4715/2020 (ΦΕΚ 149/Α)Αρ.Πρωτ. Γ6α/Γ.Π.39226 (ΦΕΚ 2656/Β/30-6-2020) Απόφαση

Επώνυμο

ΠΡΟΣ: ΔΥΠΕ

Όνομα

Όνομα Πατέρα

Όνομα Μητέρας

Τόπος γέννησης

Έτος γέννησης

Διεύθυνση Κατοικίας (Οδός, αριθμός)

.....

Τ.Κ

Τηλ. επικοινωνίας

Κινητό τηλ.

email:

Αρ. Αστ. Ταυτότητας

Ημερ. Εκδ

Εκδ. Αρχή

ΑΦΜ

ΑΜΚΑ

Αιτούμαι τη συμμετοχή μου στη διαδικασία επιλογής νοσηλευτών προς λήψη ειδικότητας **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ/ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

Συνημμένα υποβάλλω αρχεία των κάτωθι δικαιολογητικών:

- Πτυχίο τριτοβάθμιας νοσηλευτικής εκπαίδευσης (Πανεπιστημίου ή ΑΤΕΙ) ή ισοτίμου σχολής της ημεδαπής ή της αλλοδαπής, επίσημα αναγνωρισμένο από το ΔΟΑΤΑΠ.
- Βεβαίωση ΔΟΑΤΑΠ (εφόσον απαιτείται).
- Άδεια άσκησης επαγγέλματος νοσηλευτή.
- Ταυτότητα μέλους της Ένωσης Νοσηλευτών/τριών Ελλάδος (ΕΝΕ), η οποία να είναι σε ισχύ ή Βεβαίωση Ανανέωσης Εγγραφής στην ΕΝΕ του τρέχοντος έτους ή Βεβαίωση Εγγραφής στην ΕΝΕ, για όσους εγγράφονται για πρώτη φορά, η οποία είναι σε ισχύ μέχρι το τέλος Φεβρουαρίου του επόμενου έτους από την έκδοσή της, σύμφωνα με τα οριζόμενα στο άρθρο 4 παρ.5 του Ν. 3252/2004 (ΦΕΚ Α').

Δηλώνω υπεύθυνα ότι: 1. έχω κάνει αίτηση μόνο σε μία ΔΥΠΕ., 2. δεν έχω παραιτηθεί από μόνιμη ή ΙΔΟΧ θέση Νοσηλευτή του Εθνικού Συστήματος Υγείας, το τελευταίο έτος και 3. 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 τηΔΥΠΕ. 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.....