

**ΑΙΤΗΣΗ-ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΠΡΟΣ ΛΗΨΗ  
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ**

**(για υποψηφίους που εργάζονται στο Δημόσιο Τομέα)**

ΦΕΚ 3538/Β/03-08-2021) , Αρ.Πρωτ. Γ6α/Γ.Π.51611 (ΦΕΚ 3913/Β/24-08-2021)

Επώνυμο .....

**ΠΡΟΣ: 1<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής**

Όνομα .....

Αιτούμαι τη συμμετοχή μου στη διαδικασία  
επιλογής νοσηλευτών προς λήψη ειδικότητας :

Όνομα Πατέρα .....

Όνομα Μητέρας .....

.....

Τόπος γέννησης .....

στην 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. Αττικής για τις κάτωθι θέσεις:

Έτος γέννησης .....

1.

Κατηγορία.....

2.

Φορέας Προέλευσης.....

3.

Διεύθυνση Κατοικίας (Οδός, αριθμός)

.....

Τ.Κ .....

Τηλ. επικοινωνίας .....

Κινητό τηλ. ....

email: .....

Αρ. Αστ. Ταυτότητας .....

Ημερ. Εκδ .....

Εκδ. Αρχή .....

ΑΦΜ .....

ΑΜΚΑ .....

Δηλώνω υπεύθυνα ότι έχω κάνει αίτηση μόνο σε μία ΔΥΠΕ

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 1<sup>η</sup> ΔΥΠΕ. Η 1<sup>η</sup> 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.....**