



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 1^{ης} Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Ταχ. Δ/ση: Βαλαωρίτου 18
Ταχ. Κώδικας: 106 71, Αθήνα
Πληροφορίες: Α.Χασομέρη
Τηλ.: 210-3387841
E-mail: nos.eidikotites@1dype.gov.gr
dir.ddy@1dype.gov.gr

Αθήνα : 765
Αρ.πρωτ :05/01/2022

Προς:

**1. Κ.κ. Διοικητές & Αναπληρωτές Διοικητές
Νοσοκομείων της 1^{ης} Υ.ΠΕ. Αττικής**

2. Κ. κ. Δ/ντές - Δ/ντριες Νοσηλευτικών Υπηρεσιών

**3. Κ.κ. Επιστημονικά Υπεύθυνους των Κ.Υ. της 1^{ης}
Υ.ΠΕ. Αττικής**

ΚΟΙΝ.:

**1. Υπουργείο Υγείας, Γενική Δ/ση Υπηρεσιών
Υγείας, Δ/ση Νοσηλευτικής, Τμήμα Α'**

2. Κ.Κ. Υποδιοικήτριες

3. Παρ' ημίν Δ/σεις

**ΘΕΜΑ: «Παράταση Πρόσκλησης Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος για Ειδικευόμενους
Νοσηλευτές (ΦΕΚ 3913/τ.Β'/24.08.2021)για τις ειδικότητες:**

**α) «Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας» β) «Ανακουφιστικής και Υποστηρικτικής
Νοσηλευτικής Φροντίδας» γ) «Γεροντολογικής Νοσηλευτικής» δ) «Νοσηλευτικής
Καρδιαγγειακών Παθήσεων» ε) «Ογκολογικής Νοσηλευτικής» στ) «Παθολογικής
Νοσηλευτικής» ζ) «Νοσηλευτικής Παίδων» η) «Χειρουργικής Νοσηλευτικής» .**

Έχοντας υπόψη:

1.Τις διατάξεις των άρθρων 58 και 59 του Ν.4690/2020 (ΦΕΚ 104/τ.Α'/30/05/2020) περί
Σύστασης Θέσεων Ειδικευομένων Νοσηλευτών και Εποπτείας Προγράμματος
Νοσηλευτικών Ειδικοτήτων αντίστοιχα.

2.Τις διατάξεις του άρθρου 6 του Ν.4812/2021 (ΦΕΚ 110/τ.Α'/30/06/2021) περί
Σύμβασης Δωρεάς μεταξύ του ιδρύματος «Κοινωφελές Ίδρυμα Σταύρος Σ.Νιάρχος» και
του Ελληνικού Δημοσίου για την ενίσχυση και αναβάθμιση των υποδομών στον τομέα της
υγείας και των Παραρτημάτων της,ρυθμίσεις για την αντιμετώπιση της πανδημίας του
κορωνοϊού COVID-19 και άλλες διατάξεις.

3.Την υπ' αριθμ. Γ6α/Γ.Π.39226, άρθρο 7 (ΦΕΚ 2656/τ.Β'/30-06-2020) Απόφαση Γ.Γ.
Υπηρεσιών Υγείας «Καθορισμός διαδικασίας για την λήψη ειδικότητας α) Επείγουσας και
Εντατικής Νοσηλευτικής», β) Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Νοσηλευτικής, όπως
τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε από την υπ' αριθμ. Γ6α/Γ.Π.οικ.57113 Απόφαση (ΦΕΚ
4041/τ. Β'/21-09-20).

4.Τις διατάξεις του άρθρου **32** του **Ν. 4715/2020 (ΦΕΚ 149/τ.Α'/01-08-2020)** περί Σύστασης Θέσεων Ειδικευομένων Νοσηλευτών-Προϋποθέσεις απόκτησης νοσηλευτικής ειδικότητας και εξειδίκευσης .

5.Το υπ' αριθμ. πρωτ.**Γ6α/Γ.Π.οικ.57150/16-09-2020** έγγραφο του Γενικού Γραμματέα Υπηρεσιών Υγείας του Υπουργείου Υγείας, με θέμα: « Κάλυψη θέσεων ειδικευόμενων Νοσηλευτών».

6.Την υπ' αριθμ. **Γ6α/Γ.Π.48587, άρθρο 7 (ΦΕΚ 3538/τ.Β'/03-08-2021)** Απόφαση Αναπληρωτή Υπουργού Υγείας «Κατανομή θέσεων ειδικευόμενων Νοσηλευτών στην ειδικότητα «Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας» και αναδιανομή κενών θέσεων των ειδικευόμενων νοσηλευτών της «Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής» και της «Νοσηλευτικής Δημόσιας Υγείας/Κοινωνικής Νοσηλευτικής» στις νοσηλευτικές ειδικότητες:α) «Ανακουφιστικής και Υποστηρικτικής Νοσηλευτικής Φροντίδας» β) «Γεροντολογικής Νοσηλευτικής»γ) «Νοσηλευτικής Καρδιαγγειακών Παθήσεων»δ)«Ογκολογικής Νοσηλευτικής»,ε) «Παθολογικής Νοσηλευτικής»στ) «Νοσηλευτικής Παιδών»και ζ) «Χειρουργικής (Περιεγχειριτικής)Νοσηλευτικής» όπως τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε από την υπ' αριθμ. **Γ6α/Γ.Π.οικ. 51611** Απόφαση Αναπληρωτή Υπουργού Υγείας (**ΦΕΚ 3913/τ. Β'/24-08-21**).

7.Τις υπ'αρ.46122,46126/19-10-2021,49804/04-11-2021,58861/20-12-2021 Αποφάσεις του Διοικητή της 1^{ης} Υ.πε,περί Πρόσκλησης Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος για Ειδικευόμενους Νοσηλευτές.

8.Τον **Ν.4876(ΦΕΚ 251/Α'/23.12.21)**,άρθρα **40,41** και την τροποποίηση των άρθρων.**58,59**,του **Ν.4690/2020**,

Σε εφαρμογή των ανωτέρω σχετικών, καλούμε τους ενδιαφερόμενους Νοσηλευτές/τριες, να υποβάλλουν αίτηση με συνημμένα τα απαραίτητα δικαιολογητικά έως και την Πέμπτη 30/06/2022 στην ηλεκτρονική διεύθυνση nos.eidikotites@1dype.gov.gr.

Πριν τη συμπλήρωση της αίτησης, οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να μελετήσουν την υπ'αριθμ. **Γ6α/Γ.Π.οικ. 51611** Απόφαση (**ΦΕΚ 3913/τ. Β'/24-08-21**) για τον καθορισμό της διαδικασίας και για τη λήψη ειδικοτήτων.

Το πρότυπο αρχείο της αίτησης- υπεύθυνης δήλωσης το οποίο βρίσκεται αναρτημένο στον ιστότοπο της ΔΥΠΕ (www.1dype.gov.gr) σε επεξεργάσιμη μορφή συμπληρώνεται ηλεκτρονικά σε όλα του τα πεδία, υπογράφεται και ακολούθως σκανάρεται μαζί με τα δικαιολογητικά σε ενιαίο αρχείο. Το αρχείο λαμβάνει ως όνομα το επίθετο του αιτούντος, ακολουθούμενο από το πρώτο γράμμα του ονόματος και αποστέλλεται στην ηλεκτρονική διεύθυνση nos.eidikotites@1dype.gov.gr .

Επισημαίνουμε ότι οι ενδιαφερόμενοι νοσηλευτές έχουν δικαίωμα υποβολής αίτησης εγγραφής στους καταλόγους μίας μόνο Υγειονομικής Περιφέρειας,δηλώνοντας έως τρία

Νοσοκομεία, μέσω του διαδικτυακού τόπου αυτής,όπως αυτά ορίζονται στην υπ' αριθμ.Γ6α/Γ.Π.48587/2021 Υπουργική Απόφαση.

Α. ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ- ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ άρθρο 3(ΦΕΚ 3913/τ. Β' /24-08-2021):

- 1) Πτυχίο τριτοβάθμιας νοσηλευτικής εκπαίδευσης (Πανεπιστημίου ή ΑΤΕΙ) ή ισότιμου σχολής της ημεδαπής ή της αλλοδαπής, επίσημα αναγνωρισμένο από το ΔΟΑΤΑΠ.
- 2) 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 τ.Α').
- 3) Άδεια ασκήσεως επαγγέλματος Νοσηλεύτη/τριας.
- 4) Υπεύθυνη δήλωση ότι δεν έχουν παραιτηθεί από μόνιμη ή ΙΔΟΧ θέση Νοσηλεύτη/τριας του Εθνικού Συστήματος Υγείας, το τελευταίο έτος.

Β. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ /ΣΕΙΡΑ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑΣ

Για τους εργαζόμενους στον δημόσιο τομέα νοσηλευτές (περιλαμβανομένων και των υπηρετούντων στα στρατιωτικά νοσοκομεία) που δύνανται να καταλαμβάνουν με απόσπαση θέση υπεράριθμου ειδικευόμενου καθορίζεται η διαδικασία επιλογής αυτών ως ακολούθως:

Για την παρακολούθηση του Προγράμματος νοσηλευτικής ειδικότητας απαιτούνται :

- Αίτηση του ενδιαφερομένου σε τρία κατά ανώτατο όριο Νοσηλευτικά Ιδρύματα μιας Υγειονομικής Περιφέρειας , μέσω του διαδικτυακού τόπου αυτής.
- Βεβαίωση ευδόκιμης διетуός προϋπηρεσίας νοσηλευτή χορηγούμενο από τον Δ/ντή /ντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.
- Υπεύθυνη Δήλωση του ενδιαφερομένου ότι δέχεται να υπηρετήσει το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) για πέντε (5) τουλάχιστον έτη.
- Βεβαίωση του φορέα προέλευσης (απόφαση Δ.Σ.) ότι οι υπηρεσιακές ανάγκες επιτρέπουν την απουσία του ενδιαφερομένου για τη λήψη νοσηλευτικής ειδικότητας .
- Βεβαίωση του φορέα προέλευσης στον οποίο υπηρετεί ότι ασκεί τα καθήκοντα του νοσηλευτή κατά το χρόνο υποβολής της αίτησης και ότι μέχρι την ημερομηνία αυτή τα άσκησε επιτυχώς.

Οι αιτούντες θα καταχωρούνται σε όλους τους καταλόγους των μονάδων που έχουν επιλέξει με την αίτησή τους και η μεταξύ τους προτεραιότητα ανά μονάδα θα καθορίζεται από τον χρόνο κατάθεσης και τον αριθμό πρωτοκόλλου της αίτησής τους.

Η τοποθέτηση των ειδικευομένων θα γίνεται άμεσα και με κριτήριο την ορθολογική κατανομή τους στις δομές εκπαίδευσης της 1^{ης} Υ.Πε.

Γ. ΕΙΔΙΚΟΤΕΡΟΙ ΟΡΟΙ (ΦΕΚ 4041/τ. Β'/21-09-20)

- Οι Νοσηλευτές που εργάζονται με σύμβαση Ιδιωτικού Δικαίου Ορισμένου Χρόνου (ΙΔΟΧ) δύναται να υποβάλλουν αίτηση για τη λήψη νοσηλευτικής ειδικότητας και εφόσον επιλεγούν θα πρέπει να παραιτηθούν από την προηγούμενη θέση τους. (Αφορά όλους τους επικουρικούς Νοσηλευτές (ΙΔΟΧ).
- Εργαζόμενοι Νοσηλευτές στον Ιδιωτικό Τομέα δύναται να υποβάλλουν αίτηση για λήψη ειδικότητας και εφόσον επιλεγούν, να συνάψουν σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης ισόχρονης διάρκειας με τον προβλεπόμενο κατά νόμο χρόνο ειδίκευσης.

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΘΕΣΕΩΝ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ, ως ακολούθως:

1. Κατανομή τριάντα πέντε θέσεων (35) **Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας**

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ 1^{ης} Υ.ΠΕ	ΑΡ.ΘΕΣΕΩΝ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝ ΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	ΚΑΛΥΨΗ ΘΕΣΕΩΝ	ΚΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ
1. Γ.Ν.Α. "Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ"	5	0	5
2. Γ.Ν.Α. "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"	10	2	8
3. Γ.Ν.Α. "ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ"-ΑΜ.ΦΛΕΜΙΓΚ"	5	0	5
4. Γ.Ν. ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ "ΣΩΤΗΡΙΑ"	5	0	5
5. ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	10	6	4
ΣΥΝΟΛΟ ΘΕΣΕΩΝ	35	8	27

2. Κατανομή τριάντα πέντε θέσεων (35) Ανακουφιστικής και Υποστηρικτικής Νοσηλευτικής Φροντίδας (σε εξέλιξη η διαδικασία έκδοσης απόφασης για την υπάρχουσα κάλυψη θέσεων).

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ 1 ^{ης} Υ.ΠΕ	ΑΡ.ΘΕΣΕΩΝ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	ΚΑΛΥΨΗ ΘΕΣΕΩΝ	ΚΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ
1.Γ.ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ "Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ"	10	5	5
2.ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΗΦΙΣΙΑΣ "ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ"	10	0	10
3.Γ.Ν.Α. "ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ-ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ"Ε.Ε.Σ	5	0	5
4.ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΕΙΟ "Η ΑΓΙΑ ΕΛΕΝΗ"	10	0	10
ΣΥΝΟΛΟ ΘΕΣΕΩΝ	35	5	30

3. Κατανομή είκοσι πέντε θέσεων (25) «Γεροντολογικής Νοσηλευτικής»

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ 1 ^{ης} Υ.ΠΕ	ΑΡ.ΘΕΣΕΩΝ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	ΚΑΛΥΨΗ ΘΕΣΕΩΝ	ΚΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ
1. Γ.Ν.Α."Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"	10	0	10
2.Γ.Ν.Α. "ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ-ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ"Ε.Ε.Σ	10	1	9
3.Γ.Ν.Α."ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ"	5	0	5
ΣΥΝΟΛΟ ΘΕΣΕΩΝ	25	1	24

4. Κατανομή είκοσι πέντε θέσεων (25) «Νοσηλευτικής Καρδιαγγειακών Παθήσεων»

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ 1 ^{ης} Υ.ΠΕ	ΑΡ.ΘΕΣΕΩΝ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	ΚΑΛΥΨΗ ΘΕΣΕΩΝ	ΚΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ
1.Γ.Ν.Α. "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"	10	5	5
2.Γ.Ν.Α. "ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ-ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ"Ε.Ε.Σ.	5	0	5
3.Γ.Ν.Α. "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ"	10	4	6
ΣΥΝΟΛΟ	25	9	16

5.Κατανομή τριάντα πέντε θέσεων (35) «Ογκολογικής Νοσηλευτικής»

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ 1 ^{ης} Υ.ΠΕ	ΑΡ.ΘΕΣΕΩΝ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	ΚΑΛΥΨΗ ΘΕΣΕΩΝ	ΚΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ
1. Γ.ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ "Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ"	25	4	21
2. ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΗΦΙΣΙΑΣ "ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ"	10	0	10
ΣΥΝΟΛΟ	35	4	31

6. Κατανομή εβδομήντα πέντε θέσεων (75) «Παθολογικής Νοσηλευτικής»

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ 1 ^{ης} Υ.ΠΕ	ΑΡ.ΘΕΣΕΩΝ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	ΚΑΛΥΨΗ ΘΕΣΕΩΝ	ΚΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ
1. Γ.Ν.Α. "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"	15	0	15
2. Γ.Ν. ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ "ΣΩΤΗΡΙΑ"	10	0	10
3. Γ.Ν.Α. "Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ"	10	0	10
4. Γ.Ν.Α. "ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ- ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ"Ε.Ε.Σ	10	0	10
5. Γ.Ν.Α. "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ"	10	0	10
6. Γ.Ν.Α. "ΛΑΪΚΟ"	10	0	10
7. Γ.Ν.Α. "ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ"	10	0	10
ΣΥΝΟΛΟ ΘΕΣΕΩΝ	75	0	75

7. Κατανομή πενήντα θέσεων (50) Νοσηλευτικής Παιδών (σε εξέλιξη η διαδικασία έκδοσης απόφασης για την υπάρχουσα κάλυψη θέσεων).

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ 1 ^{ης} Υ.ΠΕ	ΑΡ.ΘΕΣΕΩΝ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	ΚΑΛΥΨΗ ΘΕΣΕΩΝ	ΚΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ
1. Γ.Ν.ΠΑΙΔΩΝ ΑΘΗΝΩΝ "Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ"	20	5	15
2. Γ.Ν.ΠΑΙΔΩΝ ΑΘΗΝΩΝ "Π.& ΑΓΛΑΪΑ ΚΥΡΙΑΚΟΥ"	20	5	15
3. Γ.Ν.ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ	10	2	8
ΣΥΝΟΛΟ	50	12	38

8.Κατανομή εβδομήντα πέντε θέσεων (75) «Χειρουργικής Νοσηλευτικής»

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ 1 ^{ος} Υ.ΠΕ	ΑΡ.ΘΕΣΕΩΝ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	ΚΑΛΥΨΗ ΘΕΣΕΩΝ	ΚΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ
1.Γ.Ν.Α. "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"	15	10	5
2.Γ.Ν. ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ "ΣΩΤΗΡΙΑ"	10	0	10
3.Γ.Ν.Α. "Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ"	10	4	6
4.Γ.Ν.Α. "ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ- ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ"Ε.Ε.Σ	10	0	10
5.Γ.Ν.Α. "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ"	10	0	10
6.Γ.Ν.Α. "ΛΑΪΚΟ"	10	3	7
7. Γ.Ν.Α. "ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ"	10	0	10
ΣΥΝΟΛΟ ΘΕΣΕΩΝ	75	17	58

Ο Δ Ι Ο Ι Κ Η Τ Η Σ

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΣΤΑΘΗΣ

Συνημμένα:

1. Αίτηση συμμετοχής στη διαδικασία επιλογής νοσηλευτών προς λήψη ειδικότητας
2. Υπεύθυνη Δήλωση

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

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

2021)

Επώνυμο

ΠΡΟΣ: 1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής

Όνομα

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

Όνομα Πατέρα

.....

Όνομα Μητέρας

στην 1^η Υ.ΠΕ. Αττικής για τις κάτωθι θέσεις:

Τόπος γέννησης

1.

Έτος γέννησης

2.

Κατηγορία

3.

Διεύθυνση Κατοικίας (Οδός, αριθμός)

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.

Τ.Κ

○ Βεβαίωση ΔΟΑΤΑΠ (εφόσον απαιτείται).

Τηλ. επικοινωνίας

○ Άδεια άσκησης επαγγέλματος νοσηλευτή.

Κινητό τηλ.....

○ 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').

email:

Αρ. Αστ. Ταυτότητας

Ημερ. Εκδ

Εκδ. Αρχή

ΑΦΜ

ΑΜΚΑ

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 την 1^η ΔΥΠΕ. Η 1^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.....

**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^η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής
Όνομα	Αιτούμαι τη συμμετοχή μου στη διαδικασία
Όνομα Πατέρα	επιλογής νοσηλευτών προς λήψη ειδικότητας :
Όνομα Μητέρας
Τόπος γέννησης	στην 1 ^η 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^η ΔΥΠΕ. Η 1^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.....

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ****(άρθρο 8 Ν.1599/1986)**

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :	1^η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής						
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	ΤΚ:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

δεν έχω παραιτηθεί από μόνιμη ή ΙΔΟΧ θέση Νοσηλεύτη του Εθνικού Συστήματος Υγείας, το τελευταίο έτος.

.....

.....

.....

.....

Ημερομηνία: 20

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.»(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.