

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 1<sup>ης</sup> 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](mailto:nos.eidikotites@1dype.gov.gr)  
[dir.ddy@1dype.gov.gr](mailto:dir.ddy@1dype.gov.gr)

Αθήνα, 12/02/2024  
Αρ.πρωτ.7656

**Προς:**

- 1. Κ.κ. Διοικητές & Αναπληρωτές Διοικητές Νοσοκομείων της 1<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. Αττικής**
- 2. Κ. κ. Δ/ντές - Δ/ντριες Νοσηλευτικών Υπηρεσιών**
- 3. Κ.κ. Επιστημονικά Υπεύθυνους των Κ.Υ. της 1<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. Αττικής**

**Κοιν:**

- 1. Γραφείο Κ<sup>α</sup>ς Γεν. Γραμ. Δημόσιας Υγείας (υπόψη Δ/ντού Κου Π. Βαλσάμου)**
- 2. Υπουργείο Υγείας, Δ/ση Νοσηλευτικής, Τμήμα Α'**
- 3. Κ.Κ. Υποδιοικήτριες 1<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ.**
- 4. Γραφείο Στρατηγικού Σχεδιασμού Διοικητή 1<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ**
- 5. Παρ' ημίν Δ/νσεις**

**ΘΕΜΑ: «Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος για Ειδικευόμενους Νοσηλευτές (ΦΕΚ 1003/τ.Β'/09.02.2024) για τις ειδικότητες:**

**α) «Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής» β) «Νοσηλευτικής Δημόσιας Υγείας/Κοινωνικής Νοσηλευτικής» γ) «Χειρουργικής Νοσηλευτικής» δ) «Νοσηλευτικής Παιδών» και ε) «Ογκολογικής Νοσηλευτικής».**

**Έχοντας υπόψη:**

**1.Τις διατάξεις του άρθρου 58 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 τις υπ' αριθμ. **Γ6α/Γ.Π.οικ.57113 Απόφαση (ΦΕΚ 4041/τ. Β'/2020), Γ6α/Γ.Π.οικ.74128/2021 Απόφαση(ΦΕΚ 28/τ. Β'/2021) Γ6α/Γ.Π.οικ.31888/2021 Απόφαση (ΦΕΚ 2216/τ. Β'/2021) και Γ6α/Γ.Π.οικ.60771 Απόφαση (ΦΕΚ 6323/τ. Β'/2022).**

4.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».

5.Την υπ'αριθμ./πρωτ.**Γ4β/οικ.65149/16.09.2019(Υ.Ο.Δ.Δ./20-09-2019 ΦΕΚ 768)**Απόφαση του Υπουργού και Αναπληρωτή Υπουργού Υγείας, περί διορισμού ως νέου Διοικητή της 1<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ Αττικής, **Κ<sup>ου</sup> ΠΑΝΑΓΙΩΤΗ ΣΤΑΘΗ**, όπως παρατάθηκε με το άρθρο 17 του **Ν.4812/2021(ΦΕΚ 110/Τ.Α')**& το άρθρο 81 του **Ν.4915/2022(ΦΕΚ 63/Τ.Α'/24-03-2022),**& την υπ'αριθμ.πρωτ.:**Γ4β/Γ.Π.οικ.44308(ΦΕΚ 670/τ. ΥΟΟΔ/30-07-2022)** Κοινή Απόφαση Κ. Υπουργού & Κ. Αναπληρώτριας Υπουργού Υγείας.

6. Την υπ' αριθμ. **Γ6α/Γ.Π.2247/09.02.2024 (ΦΕΚ 1003/τ.Β'/2024)** Απόφαση Υφυπουργού Υγείας «Αναδιανομή κενών θέσεων των ειδικευόμενων Νοσηλευτών χρονικής περιόδου λήψεως νοσηλευτικής ειδικότητας 2020-2021 στις νοσηλευτικές ειδικότητες της «Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής», της «Νοσηλευτικής Δημόσιας Υγείας/Κοινωνικής Νοσηλευτικής», της «Παθολογικής Νοσηλευτικής» , της «Νοσηλευτικής Παίδων»,της «Χειρουργικής Νοσηλευτικής», της «Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας» και της «Ογκολογικής Νοσηλευτικής» και κατανομής αυτών αντίστοιχα, ανά Υγειονομική Περιφέρεια και Νοσοκομεία.

Σε εφαρμογή των ανωτέρω σχετικών, καλούμε τους ενδιαφερόμενους Νοσηλευτές/τριες, να υποβάλλουν αίτηση με συνημμένα τα απαραίτητα δικαιολογητικά έως και την Παρασκευή 16/02/2024 στην ηλεκτρονική διεύθυνση [nos.eidikotites@1dype.gov.gr](mailto:nos.eidikotites@1dype.gov.gr)

Επισημαίνουμε ότι οι ενδιαφερόμενοι νοσηλευτές έχουν δικαίωμα υποβολής αίτησης εγγραφής στους καταλόγους μίας μόνο Υγειονομικής Περιφέρειας, σε μία ειδικότητα, δηλώνοντας έως τρεις Εκπαιδευτικές Μονάδες, 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** Νοσηλευτή/τριας.

**4) Υπεύθυνη δήλωση** ότι δεν έχουν παραιτηθεί από μόνιμη ή ΙΔΟΧ θέση Νοσηλευτή/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 διετούς προϋπηρεσίας νοσηλευτή χορηγούμενο από τον Δ/ντή-τρια 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<sup>ης</sup> 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 εξήντα μία (61) «Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής»

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ 1 <sup>ης</sup> Υ.ΠΕ	ΑΡ.ΘΕΣΕΩΝ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ
1. Γ.Ν.Α. "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"	10
2. Γ.Ν. ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ "ΣΩΤΗΡΙΑ"	13
3. Γ.Ν.Α. "Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ"	8
4. Γ.Ν.Α. "ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ-ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ"Ε.Ε.Σ	8
5. Γ.Ν.Α. "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ"	7
6. Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΗΣ "ΚΑΤ"	10
7. "ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ"Γ.Ν.ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ	5
<b>ΣΥΝΟΛΟ ΘΕΣΕΩΝ</b>	<b>61</b>

2. Κατανομή δέκα (10) «Νοσηλευτικής Δημόσιας Υγείας/Κοινωνικής Νοσηλευτικής»

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ (Ε.Μ.)1 <sup>η</sup> Υ.ΠΕ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ 1 <sup>ης</sup> Υ.ΠΕ	ΑΡ.ΘΕΣΕΩΝ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>10</b>

3. Κατανομή δέκα θέσεων (10) «Χειρουργικής Νοσηλευτικής»

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ 1 <sup>ης</sup> Υ.ΠΕ	ΑΡ.ΘΕΣΕΩΝ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ
8. Γ.Ν.Α. "Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ"	5
9. Γ.Ν.Α. "ΛΑΪΚΟ"	5
<b>ΣΥΝΟΛΟ ΘΕΣΕΩΝ</b>	<b>10</b>

4. Κατανομή δέκα (10) «Νοσηλευτικής Παιδών»

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ 1 <sup>ης</sup> Υ.ΠΕ	ΑΡ.ΘΕΣΕΩΝ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ
1. Γ.Ν.ΠΑΙΔΩΝ ΑΘΗΝΩΝ "Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ"	5
2. Γ.Ν.ΠΑΙΔΩΝ ΑΘΗΝΩΝ "Π.& ΑΓΛΑΪΑ ΚΥΡΙΑΚΟΥ"	5
3. Γ.Ν.ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ	5
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>15</b>

5. Κατανομή δέκα (10) «Ογκολογικής Νοσηλευτικής»

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ 1 <sup>ης</sup> Υ.ΠΕ	ΑΡ.ΘΕΣΕΩΝ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ
1.ΓΕΝ.ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ "ΑΓ. ΣΑΒΒΑΣ"	5
<b>ΣΥΝΟΛΟ ΘΕΣΕΩΝ</b>	<b>5</b>

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**

Γ6α/Γ.Π.39226, άρθρο 7 (ΦΕΚ 2656/τ.Β'/30-06-2020) Γ6α/Γ.Π.51611 (ΦΕΚ 3913/Β/24-08-2021)

Επώνυμο .....		<b>ΠΡΟΣ: 1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής</b>
Όνομα .....	....	Αιτούμαι τη συμμετοχή μου στη διαδικασία
Όνομα Πατέρα .....	....	επιλογής νοσηλευτών προς λήψη ειδικότητας :
Όνομα Μητέρας .....	.....	στην 1 <sup>η</sup> Υ.ΠΕ. Αττικής για τις κάτωθι θέσεις:
Τόπος γέννησης .....	.....	<b>1.</b>
Έτος γέννησης .....	.....	<b>2.</b>
Κατηγορία .....	.....	<b>3.</b>
Διεύθυνση Κατοικίας (Οδός, αριθμός) .....	.....	Συνημμένα υποβάλλω αρχεία των κάτωθι δικαιολογητικών:
Τ.Κ .....	....	ο Πτυχίο τριτοβάθμιας νοσηλευτικής εκπαίδευσης (Πανεπιστημίου ή ΑΤΕΙ) ή ισοτίμου σχολής της ημεδαπής ή της αλλοδαπής, επίσημα αναγνωρισμένο από το ΔΟΑΤΑΠ.
Τηλ. επικοινωνίας .....	.....	ο Βεβαίωση ΔΟΑΤΑΠ (εφόσον απαιτείται).
Κινητό τηλ.....	.....	ο Άδεια άσκησης επαγγέλματος νοσηλευτή.
email: .....	....	ο 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').
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<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.

..... / ...../2024

**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 <sup>(1)</sup> :							
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης <sup>(2)</sup> :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	ΤΚ:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις <sup>(3)</sup>, που προβλέπονται από τις 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.

(4)

Ημερομηνία: 2024

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.

**ΑΙΤΗΣΗ-ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΠΡΟΣ ΛΗΨΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ (για υποψηφίους που εργάζονται στο Δημόσιο Τομέα)**

Γ6α/Γ.Π.39226, άρθρο 7 (ΦΕΚ 2656/τ.Β'/30-06-2020) 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 .....

Τόπος γέννησης .....

Έτος γέννησης .....

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

Κατηγορία.....

1.

Φορέας Προέλευσης.....

2.

Διεύθυνση Κατοικίας (Οδός, αριθμός)

3.

.....

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

..... / ...../2024

**Ο/Η ΑΙΤ.....**