



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**  
**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**  
**Δ Ι Ο Ι Κ Η Σ Η**  
**6<sup>ης</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ**  
**ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ,**  
**ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**  
Δ/ΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ  
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: ΕΛΕΝΗ ΑΡΓΥΡΟΥ  
ΤΗΛ: 2613600582  
e-mail: [e.argyrou@dypede.gr](mailto:e.argyrou@dypede.gr)

**ΠΡΟΣ**

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟΥΣ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

### **ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ**

Για την πλήρωση θέσεων ειδικευόμενων νοσηλευτών στις ειδικότητες 1)«Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας», 2)« Γεροντολογική Νοσηλευτική»,3) «Νοσηλευτική καρδιαγγειακών Παθήσεων»,4) «Παθολογική Νοσηλευτική», 5)«Νοσηλευτική Παίδων»& 6)«Περιεχειρητική Νοσηλευτική" σε νοσοκομεία αρμοδιότητας της 6<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας

Σε εφαρμογή **1)** του Ν.4690/2020 (ΦΕΚ 104/30.05.2020/τ.Α'), όπως τροποποιήθηκε με την παραγ. 5, του α' ρθρου 19 του Ν. 4737/2020 (ΦΕΚ 204, τ.Α) **2)** της υπ' αριθμ. Γ6α/Γ.Π.39226 (ΦΕΚ 2656/30-6-2020/τ.Β') Απόφασης «Καθορισμός διαδικασίας για τη λήψη ειδικότητας α) *Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής, β) Νοσηλευτικής Δημόσιας Υγείας/Κοινωνικής Νοσηλευτικής*», **3)** Της υπ' αριθμ Γ4β/Γ.Π.οικ.48587(φεκ 3538/03-08-2021) Υπουργικής Απόφασης *περί κατανομής 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»* σε λοιπές νοσηλευτικές ειδικότητες, από 1<sup>η</sup>-07-2021 ανακοινώνουμε την **Έναρξη** της προθεσμίας υποβολής αιτήσεων των ενδιαφερόμενων **από την 20η Σεπτεμβρίου 2021 ημέρα Δευτέρα έως την 30η Σεπτεμβρίου 2021, ημέρα Πέμπτη**, για την κάλυψη των θέσεων ως ακολούθως :

1. «ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ» για την κάλυψη 45 (σαράντα πέντε) θέσεων ειδικευόμενων νοσηλευτών εκτός δημοσίου + 25% μονίμων υπεράριθμων

ΠΓΝΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	10
ΠΓΝΠΑΤΡΩΝ	10
ΓΝΚΕΡΚΥΡΑΣ	10
ΓΝ ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ	5
ΓΠΝ ΤΡΙΠΟΛΗΣ	5
ΓΝ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ-Ν.Μ.ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	5
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>45</b>

2. «ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ» για την κάλυψη 11 (έντεκα) θέσεων εκτός δημοσίου + 25% μονίμων υπεράριθμων στο:

ΠΓΝΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	11
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>11</b>

3. «ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ» για την κάλυψη 17 (δεκαεπτά) θέσεων εκτός δημοσίου + 25% μονίμων υπεράριθμων:

ΠΓΝΠΑΤΡΩΝ	10
ΠΓΝΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	7
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>17</b>

4. «ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ» για την κάλυψη 30 (τριάντα) θέσεων εκτός δημοσίου + 25% μονίμων υπεράριθμων:

ΠΓΝΠΑΤΡΩΝ	15
ΠΓΝΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	15
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>30</b>

5. «ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ» για την κάλυψη 15 (δεκαπέντε) θέσεων εκτός δημοσίου + 25% μονίμων υπεράριθμων στο ΓΝΠΠΑΤΡΩΝ ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ

ΓΝΠΠΑΤΡΩΝ «ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ»	15
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>15</b>

6. «ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ» για την κάλυψη 30 (τριάντα) θέσεων εκτός δημοσίου + 25% μονίμων υπεράριθμων:

ΠΓΝΠΑΤΡΩΝ	15
ΠΓΝΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	15
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>30</b>

## Για την απόκτηση Νοσηλευτικής Ειδικότητας απαιτούνται:

**α)** Πτυχίο τριτοβάθμιας νοσηλευτικής εκπαίδευσης (Πανεπιστημίου ή ΑΤΕΙ) ή ισοτίμου σχολής της ημεδαπής ή της αλλοδαπής, επίσημα αναγνωρισμένο από το ΔΟΑΤΑΠ.

**β)** 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 (Α' 132).

**γ)** Άδεια ασκήσεως επαγγέλματος Νοσηλευτή/τριας.

**δ)** Υπεύθυνη δήλωση ότι δεν έχουν παραιτηθεί από μόνιμη ή Ιδιωτικού Δικαίου Ορισμένου Χρόνου (Ι.Δ.Ο.Χ.) θέση Νοσηλευτή του Εθνικού Συστήματος Υγείας, το τελευταίο έτος, η οποία είναι αναρτημένη στον ιστότοπο ([www.dypede.gr](http://www.dypede.gr)).

**ε)** Αίτηση υποψηφιότητας η οποία επισυνάπτεται (Για την **ειδικότητα Νοσηλευτικής Ψυχικής** Υγείας το ανώτατο όριο επιλογής των δομών είναι έως 3 [τρεις]

Πριν τη συμπλήρωση της αίτησης, οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να μελετήσουν την, ως άνω κείμενη νομοθεσία

### ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ:

- Οι νοσηλευτές έχουν δικαίωμα υποβολής αίτησης εγγραφής στους καταλόγους μίας μόνο Υγειονομικής Περιφέρειας.
- Οι ενδιαφερόμενοι υποψήφιοι νοσηλευτές που **ΕΡΓΑΖΟΝΤΑΙ ΣΤΟΝ ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΟΜΕΑ** καλούνται να επισυνάψουν μαζί με την αίτηση, βεβαίωση υπηρεσίας από την Δ/ση προσωπικού του φορέα στον οποίο υπηρετούν.

Όλοι οι ενδιαφερόμενοι νοσηλευτές/τριες υποβάλουν αίτηση **από 20/9/2021 έως 30/9/2021** ταχυδρομικά ή αυτοπροσώπως στην Κεντρική Υπηρεσία της 6<sup>ης</sup> ΥΠΕ-ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ- Υπόψη Υπεύθυνης Συντονισμού Νοσηλευτικών Ειδικοτήτων κ. Ε. ΑΡΓΥΡΟΥ Υπάτης 1- Πάτρα – Τ.Κ. 26441-

Η επιλογή των υποψηφίων γίνεται με κλήρωση από τον Διοικητή της 6<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ για την οποία οι ενδιαφερόμενοι θα ενημερωθούν με σχετική ανακοίνωση στον ιστότοπο της 6<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ ([www.dypede.gr](http://www.dypede.gr)).

**Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ**

**ΓΙΑΝΝΗΣ ΚΑΡΒΕΛΗΣ**

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

.....

Ν.4690/2020 (ΦΕΚ Α 104 - 30.05.2020), Αρ.Πρωτ. Γ6α/Γ.Π.39226 (ΦΕΚ 2656/Β/30-6-2020) Απόφαση,  
Αρ. Πρωτ.Γ6α/Γ.Π.οικ.48587(ΦΕΚ 3538/Β/03-08-2021 Απόφαση

Επώνυμο .....

**ΠΡΟΣ: 6<sup>η</sup> ΥΠΕ**

Όνομα .....

Αιτούμαι τη συμμετοχή μου στη διαδικασία επιλογής νοσηλευτών προς λήψη ειδικότητας για τις κάτωθι θέσεις: *(έως τρεις επιλογές για την ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ)*

Όνομα Πατέρα .....

**1.**

Όνομα Μητέρας .....

**2.**

Τόπος γέννησης .....

**3.**

Έτος γέννησης .....

○ Συνημμένα υποβάλλω αρχεία των κάτωθι δικαιολογητικών:

Διεύθυνση Κατοικίας (Οδός, αριθμός)

○ Πτυχίο τριτοβάθμιας νοσηλευτικής εκπαίδευσης (Πανεπιστημίου ή ΑΤΕΙ) ή ισοτίμου σχολής της ημεδαπής ή της αλλοδαπής, επίσημα αναγνωρισμένο από το ΔΟΑΤΑΠ.

.....

○ Βεβαίωση ΔΟΑΤΑΠ (εφόσον απαιτείται).

Τ.Κ .....

○ Άδεια άσκησης επαγγέλματος νοσηλευτή.

Τηλ. επικοινωνίας .....

○ 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').

Κινητό τηλ.....

email: .....

Αρ. Αστ. Ταυτότητας .....

Ημερ. Εκδ .....

Εκδ. Αρχή .....

ΑΦΜ .....

ΑΜΚΑ .....

Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

1. Έχω κάνει αίτηση μόνο σε μία ΔΥΠΕ.

2. Τα συνημμένα έγγραφα είναι 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 τη .....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.*

ΠΑΤΡΑ ...../..... /2021

**Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ**