

**ΓΡΑΦΕΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ**

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: ΝΤΖΟΥΦΡΑ ΜΑΡΙΑ**  
**ΤΗΛ: 2613600665**  
**e-mail: m.ntzoufra@dypede.gr**

**Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την κάλυψη θέσεων  
ειδικευομένων νοσηλευτών/τριών στην Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας /  
Κοινοτικής Νοσηλευτικής σε φορείς αρμοδιότητας της 6<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ**

Σε εφαρμογή του Ν.4690/2020 (ΦΕΚ 104/30.05.2020/τ.Α') και της 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/Κοινοτικής Νοσηλευτικής», ανακοινώνουμε την **κάλυψη 100 (+ 25 υπεράριθμων μονίμων) θέσεων ειδικευόμενων νοσηλευτών στην Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας/Κοινοτικής Νοσηλευτικής ως εξής:**

	<b>ΘΕΣΕΙΣ</b>	<b>ΘΕΣΕΙΣ ΥΠΕΡΑΡΙΘΜΩΝ</b>
6η Υ.ΠΕ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	100	25
<b>ΣΥΝΟΛΟ ΘΕΣΕΩΝ</b>	<b>125</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 Νοσηλεύτη/τριας.

δ) Υπεύθυνη δήλωση ότι δεν έχουν παραιτηθεί από μόνιμη ή Ιδιωτικού Δικαίου Ορισμένου Χρόνου (Ι.Δ.Ο.Χ.) θέση Νοσηλεύτη 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 είναι αναρτημένη στον ιστότοπο ([www.dypede.gr](http://www.dypede.gr)).

Πριν τη συμπλήρωση της αίτησης, οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να μελετήσουν την υπ' αριθμ. Γ6α/Γ.Π.39226 (ΦΕΚ 2656/30-6-2020/τ.Β'), απόφαση «Καθορισμός διαδικασίας για τη λήψη ειδικότητας α) Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής, β) Νοσηλευτικής Δημόσιας Υγείας/Κοινωνικής Νοσηλευτικής».

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/νση προσωπικού του φορέα στον οποίο υπηρετούν.

Όλοι οι ενδιαφερόμενοι νοσηλευτές/τριες υποβάλουν αίτηση **από 31/8/2020 έως 9/9/2020** ταχυδρομικά ή αυτοπροσώπως στην Κεντρική Υπηρεσία της 6<sup>ης</sup> ΥΠΕ- Υπάτης 1- Πάτρα – Τ.Κ. 26441- (Υπόψη Γρ. Νοσηλευτικών Ειδικοτήτων).

Η διαδικασία επιλογής ειδικευόμενων νοσηλευτών γίνεται με ευθύνη των Υγειονομικών Περιφερειών. Η σειρά προτεραιότητας καταχώρισης στους καταλόγους των μονάδων των υποψηφίων ειδικευόμενων νοσηλευτών, θα καθοριστεί μετά από δημόσια κλήρωση μεταξύ των ενδιαφερομένων, η οποία θα διενεργηθεί από την οικεία Υγειονομική Περιφέρεια εντός τριών (3) ημερών μετά το πέρας της προθεσμίας υποβολής αιτήσεων. Για την ακριβή ημερομηνία και τον τόπο διεξαγωγής της κλήρωσης οι ενδιαφερόμενοι θα ενημερωθούν μέσω ανακοίνωσης στον ιστότοπο της 6<sup>ης</sup> ΥΠΕ, προκειμένου να παραστούν όσοι το επιθυμούν. Τα αποτελέσματα της κλήρωσης θα αναρτηθούν υποχρεωτικά μέσω ανακοίνωσης στον ιστότοπο ([www.dypede.gr](http://www.dypede.gr)).

**ΑΙΤΗΣΗ-ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ/ΤΡΙΩΝ**

**ΠΡΟΣ ΛΗΨΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ/ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

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

**ΠΡΟΣ: 6<sup>η</sup> ΥΠΕ**

Αιτούμαι τη συμμετοχή μου στη διαδικασία επιλογής νοσηλευτών/τριών προς λήψη ειδικότητας Δημόσιας Υγείας/Κοινοτικής Νοσηλευτικής στην 6η Υ.ΠΕ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Συνημμένα υποβάλλω αρχεία των κάτωθι δικαιολογητικών:

Επώνυμο: .....

Όνομα: .....

Όνομα Πατέρα: .....

Όνομα Μητέρας: .....

Τόπος γέννησης: .....

Έτος γέννησης : .....

Κατηγορία: .....

Διεύθυνση Κατοικίας (Οδός, αριθμός)  
.....

Τ.Κ.: .....

Τηλέφωνο επικοινωνίας : .....

- 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/τριας.
- 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. ....

E-mail: .....

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 Νοσηλεύτη 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 6<sup>η</sup> ΥΠΕ. Η 6<sup>η</sup> Υ.ΠΕ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ 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.....**