



Τομέας Εκπαίδευσης
Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών
Υπουργείο Υγείας

ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑΣ

Όνομα Ιδιωτικού Νοσηλευτηρίου

Διεύθυνση

Τηλέφωνο

Όνοματεπώνυμο Διευθυντή/ντριας ή Προϊστάμενου/ης Νοσηλευτή/τριας.....

.....

Ηλεκτρονική Διεύθυνση

Όνόματα υποψήφιων Νοσηλευτών/τριων για συμμετοχή στο πρόγραμμα:

1.

2.

Εγώ ο/ηΔιευθυντής/ντρια ή Προϊστάμενος/η Νοσηλευτής/τρια (διαγράψετε ανάλογα), του πιο πάνω Ιδιωτικού Νοσηλευτηρίου, δηλώνω υπεύθυνα ότι οι πιο πάνω Νοσηλευτές/τριες, έχουν επιλεγεί σύμφωνα με τα κριτήρια που αναγράφονται στη προκήρυξη των θέσεων για το συγκεκριμένο πρόγραμμα και ότι το κόστος της εκπαίδευσης θα καλυφθεί από το Νοσηλευτήριο.

Βεβαιώνω επίσης ότι οι επισυναπτόμενες πληροφορίες για τους υποψήφιους συμμετέχοντες είναι αληθείς.

Όνοματεπώνυμο

Υπογραφή

Ημερομηνία



Να συμπληρώνεται από τους υποψήφιους Νοσηλευτές/τριες

1. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ/ΤΡΙΑΣ:

Όνοματεπώνυμο:

Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας.....

Διεύθυνση:

Επαρχία..... Ταχ. Κώδικας.....

Αρ. Τηλεφώνου:

Αρ. Τηλεφώνου Εργασίας:

Ηλεκτρονική Διεύθυνση.....

Διάρκεια εμπειρίας: α) στη νοσηλευτική

β) αιμοκάθαρση/νεφρολογικό.....

2. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ/ΤΡΙΑΣ

Τίτλος (π.χ. δίπλωμα, πτυχίο, μεταπτυχιακό κλπ)	Εκπαιδευτικό Ίδρυμα	Έτος απόκτησης



3. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΠΕΙΡΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ/ΤΡΙΑΣ

Τμήμα	Νοσηλευτήριο	Από μέχρι Μήνας /έτος

Όνοματεπώνυμο.....

Υπογραφή.....

Ημερομηνία.....

Με την παρούσα αίτηση δίνω τη συγκατάθεση μου στο Υπουργείο Υγείας, Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, Τομέα Εκπαίδευσης για χρήση των προσωπικών μου στοιχείων. Η διαχείριση και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων θα γίνεται με ασφάλεια και εχεμύθεια και θα υπόκειται στις σχετικές διατάξεις του περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμου και σύμφωνα με την Αρχή της Ανάγκης Γνώσης όπως καθορίζεται στις εκάστοτε οδηγίες του Τμήματος Δημόσιας Διοίκησης και Προσωπικού.

E-ΕΔΔ-01/31

