



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
4^η Υ.Π.Ε. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΒΡΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ Π.Γ.Ν.ΑΛΕΞ/ΠΟΛΗΣ

Ημ/νία: 30/06/2017
Αρ. πρωτ: 09

ΤΜΗΜΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ, ΕΡΕΥΝΑΣ &
ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΟΡΘΗ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ

Τηλ πληροφορίες: 2551353480
E-mail: tsirwzim@gmail.com

ΠΡΟΣ:

Νοσηλεύτές/τριες ΠΕ ή ΤΕ, Νοσοκομείων & Φορείς Π.Ε.Δ.Υ

Σχετ.

1. Το υπ. αρ. πρωτ. Γ4α/Γ.Π.41136/06-06-2017 έγγραφο του Υπουργείου Υγείας
2. Το υπ. αρ. πρωτ. 22502/20-06-2017 έγγραφο της 4^{ης} Υ.ΠΕ

Πρόσκληση

«Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος φοίτησης σε Πρόγραμμα χορήγησης Παθολογικής Νοσηλευτικής Ειδικότητας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Έβρου- Νοσηλευτικής Μονάδας Αλεξανδρούπολης »

Το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Έβρου- Νοσηλευτική Μονάδα Αλεξανδρούπολης (ΠΓΝΕ-NM: Αλεξανδρούπολης) σας ανακοινώνει την υλοποίηση Προγράμματος χορήγησης Παθολογικής Νοσηλευτικής Ειδικότητας για το εκπαιδευτικό έτος 2017-2018 με ημερομηνία έναρξης την 9^η Οκτωβρίου 2017.

Οι ενδιαφερόμενοι Νοσηλεύτές/τριες ΠΕ ή ΤΕ των Νοσοκομείων & των Φορέων Π.Ε.Δ.Υ που έχουν διανύσει ευδόκιμη διετή προϋπηρεσία και δέχονται να υπηρετήσουν για δύο (2) έτη στο ΕΣΥ, μπορούν να υποβάλουν τις αιτήσεις και τα δικαιολογητικά τους μέχρι την Παρασκευή, 11/08/2017, στο Τμήμα Ελέγχου, Έρευνας & Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης (1^{ος} όροφος, Γραφείο: 49.12) του Π.Γ.Ν.Ε.-Ν.Μ: Αλεξανδρούπολης στην υπεύθυνη κα. Μαρία Τσιρώζη τις ώρες: 07:00-15:00, τηλέφωνο επικοινωνίας: 2551353480.

Δικαιολογητικά:

1. Αίτηση του ενδιαφερόμενου σε τρία κατ' ανώτατο όριο Νοσηλευτικά ιδρύματα
2. Πιστοποιητικό ευδόκιμης διετούς τουλάχιστον προϋπηρεσίας του Νοσηλευτή/τριας χορηγούμενο από τη Νοσηλευτική Επιτροπή ή τη Διευθύντρια Νοσηλευτικής ή την προϊσταμένη ή εν ελλείψει όλων των προηγούμενων από το Προϊστάμενο της Ιατρικής Υπηρεσίας
3. Αντίγραφο τίτλου σπουδών
4. Υπεύθυνη δήλωση του ενδιαφερόμενου ότι δέχεται να υπηρετήσει για δύο (2) τουλάχιστον έτη στο ΕΣΥ
5. Πιστοποιητικό ή υπεύθυνη δήλωση για στοιχειώδεις γνώσεις ξένης γλώσσας
6. Πιστοποιητικό του Φορέα στον οποίο υπηρετεί ότι ασκεί τα καθήκοντα του Νοσηλευτή /τριας ή του Επισκέπτη/τριας Υγείας κατά το χρόνο υποβολής της αίτησης και ότι μέχρι την ημερομηνία αυτή τα άσκησε επιτυχώς
7. Βεβαίωση του Φορέα προέλευσης ότι οι υπηρεσιακές ανάγκες επιτρέπουν την απουσία του ενδιαφερόμενου για ειδικότητα. Σε περίπτωση άρνησης, η άρνηση αυτή θα είναι ειδικά αιτιολογημένη.