**ΈΝΑΡΞΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΕΩΝ ΓΙΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΕΤΟΥΣ 2019-2020**

Ενημερώνονται οι Νοσηλευτές/τριες του ΠΓΝΛάρισας ότι η διαδικασία υποβολής αιτήσεων για παρακολούθηση των προγραμμάτων «**ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ και ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ**» για το εκπαιδευτικό έτος **2019-2020** ολοκληρώνεται στις **16/08/2019.**

Παρακαλούνται όλοι οι ενδιαφερόμενοι να υποβάλλουν τα απαιτούμενα δικαιολογητικά στο Γραφείο Εκπαίδευσης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας το οποίο βρίσκεται στο ισόγειο του ΠΓΝΛάρισας, στο χώρο του Αμφιθεάτρου, **κατά τις ώρες 7:00-15:00.**

**Απαραίτητα δικαιολογητικά**

1. **Αίτηση του ενδιαφερομένου για τρία (3), κατ’ ανώτερο όριο, Νοσηλευτικά ιδρύματα**

*Παραλαμβάνεται από το Γραφείο Εκπαίδευσης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.*

1. **Πιστοποιητικό ευδόκιμης διετούς –τουλάχιστον- προϋπηρεσίας** Νοσηλευτή/τριας ή Επισκέπτη/τριας Υγείας στον ευρύτερο χώρο της υγείας (σε Νοσηλευτικά ή Προνοιακά Ιδρύματα Δημοσίου ή Ιδιωτικού Δικαίου εποπτευόμενα και επιχορηγούμενα από το Δημόσιο).

*Το πιστοποιητικό χορηγείται κατόπιν αίτησης του ενδιαφερόμενου υπαλλήλου* *από τη Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ή τη Νοσηλευτική Επιτροπή ή την Προϊσταμένη ή ελλείψει αυτών από τον Προϊστάμενο Ιατρικής Υπηρεσίας.*

*Επισημαίνεται ότι ο/η υποψήφιος/α θα πρέπει να έχει διανύσει ευδόκιμη διετή προϋπηρεσία Νοσηλευτή/τριας και όχι Βοηθού Νοσηλευτή ή άλλου επαγγελματία υγείας ή Διοικητικού υπαλλήλου για να πληροί τις προϋποθέσεις συμμετοχής του για παρακολούθηση Νοσηλευτικής Ειδικότητας.*

1. **Αντίγραφο τίτλου σπουδών**
2. **Υπεύθυνη δήλωση του ενδιαφερόμενου ότι δέχεται να υπηρετήσει για δύο (2) τουλάχιστον χρόνια στο ΕΣΥ.** *Υπόδειγμα της συγκεκριμένης Υ.Δ υπάρχει στον ιστότοπο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας.*
3. **Πιστοποιητικό γνώσης ξένης γλώσσας ή υπεύθυνη δήλωση για στοιχειώδεις γνώσεις ξένης γλώσσας**

*Υπόδειγμα της συγκεκριμένης Υ.Δ υπάρχει στον ιστότοπο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας.*

1. **Πιστοποιητικό του φορέα στον οποίο υπηρετεί ότι ασκεί τα καθήκοντα του /της κατά το χρόνο υποβολής της αίτησης και ότι μέχρι την ημερομηνία αυτή τα άσκησε επιτυχώς**

*Το πιστοποιητικό χορηγείται κατόπιν αίτησης του ενδιαφερόμενου υπαλλήλου*

1. **Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης**
2. **Σεμινάρια, συνέδρια ή τυχόν άλλη πρόσθετη επιμόρφωση σε θέματα συναφή προς το αντικείμενο της αντίστοιχης ειδικότητας**
3. **Βεβαίωση του φορέα προέλευσης ότι οι υπηρεσιακές ανάγκες επιτρέπουν την απουσία του ενδιαφερόμενου για ειδικότητα** *(απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Φορέα προέλευσης)*

**Επιπλέον δικαιολογητικά που πρέπει να υποβληθούν**

1. **Τελευταία Έκθεση αξιολόγησης.**
2. **Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.**
3. **Σεμινάρια, συνέδρια ή τυχόν άλλη επιπρόσθετη επιμόρφωση σε θέματα συναφή προς το αντικείμενο της αντίστοιχης ειδικότητας.**
4. **Βεβαίωση προϋπηρεσίας σε ιδρύματα, εξειδικευμένα για τη συναφή ειδικότητα.**

**ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** σύμφωνα με την υπ΄ αριθμ. Υ7β/Γ.Π 119460/10/2011 (ΦΕΚ Β΄804) Υπουργική απόφαση, **καταργείται ο περιορισμός του ορίου ηλικίας** για την υποβολή αιτήσεων και την απόκτηση τίτλου Ειδικού Νοσηλευτή.

**Επισημαίνεται,** επίσης, ότι σύμφωνα με τις διατάξεις της αριθ.Γ4α/Γ.Π.19631/20.4.2017 Υπουργικής Απόφασης (ΑΔΑ: Ψ86Τ465ΦΥΟ-Χ78) «Τροποποίηση και συμπλήρωση την Υπουργικών Αποφάσεων Α4/203/1988 (ΦΕΚ Β΄106), Υ7β/Γ.Π. οικ.31115/2005 (ΦΕΚ Β΄414) & Α4β/4844/1988 (ΦΕΚ Β΄ 856)», «***Νοσηλευτής /τρια ο οποίος είναι κάτοχος τίτλου Νοσηλευτικής Ειδικότητας δε δύναται να παρακολουθήσει πρόγραμμα άλλης Νοσηλευτικής Ειδικότητας*».**

* *Όλα τα παραπάνω δικαιολογητικά καθώς και η αίτηση θα πρέπει είναι πρωτότυπα ή ακριβή φωτοαντίγραφα και* ***εις τριπλούν****.* *Οι αιτήσεις των ενδιαφερομένων πρέπει να φέρουν πρωτόκολλο.*

Για περισσότερες πληροφορίες επικοινωνήστε στα τηλέφωνα **2413501979-1967** ή με email στο [tmekpgnl@yahoo.gr](mailto:tmekpgnl@yahoo.gr)

**Οι υπεύθυνοι εκπαίδευσης**

|  |  |
| --- | --- |
| **ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ** | **ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ** |
| ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ ΤΣΙΓΑΡΑ | ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΜΑΛΙΤΑ |