

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΕΟΠΥΥ

για την κάλυψη θέσης μέλους της Επιτροπής Ελέγχου του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας βάσει της με αρ. πρωτ. ΔΒ1Δ/141/οικ.22217/12-09-2024 Πρόσκλησης Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος δυνάμει των διατάξεων του ν. 4795/2021

ΠΡΟΣ:	Τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας Γενική Διεύθυνση Οργάνωσης και Σχεδιασμού Αγοράς Υπηρεσιών Υγείας Διεύθυνση Διοικητικής Υποστήριξης
ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:	(υπηρεσία προέλευσης στις περιπτώσεις των περ. β' και γ' και δ' της παρ. 1 του άρθρου 3 της υπ. αριθμ. ΓΓΑΔΔΤ 743/30-12-2022 (Β' 6918) ΚΥΑ)

Α.1. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ	
ΟΝΟΜΑ	
ΟΝΟΜ/ΜΟ ΠΑΤΡΟΣ	
ΟΝΟΜ/ΜΟ ΜΗΤΡΟΣ	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ	
ΚΙΝΗΤΟ	
E-MAIL	

Α.2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

ΓΙΑ ΜΕΛΗ ΔΕΠ		ΓΙΑ ΔΗΜΟΣΙΟΥΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥΣ	
ΒΑΘΜΙΔΑ:		ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ/ ΚΛΑΔΟΣ/ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΣΧΕΣΗ:	
ΕΚΠΕΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ: ΣΧΟΛΗ/ ΤΜΗΜΑ:		ΦΟΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΙΚΗΣ ΘΕΣΗΣ: ΦΟΡΕΑΣ ΠΟΥ ΥΠΗΡΕΤΩ:	
ΘΕΣΗ:		ΘΕΣΗ:	Προϊστάμενος Δ/νσης
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΔΙΟΡΙΣΜΟΥ:		ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΔΙΟΡΙΣΜΟΥ/ΜΕΤΑΤΑΞΗΣ:	
ΕΤΗ ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑΣ:		ΕΤΗ ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑΣ:	

A.3. ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ & ΑΛΛΑ ΣΥΝΕΚΤΙΜΩΜΕΝΑ ΠΡΟΣΩΝΤΑ

A.3.1. ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ (συμπληρώστε με Χ όσες από τις παρακάτω επιλογές ισχύουν στην περίπτωση σας)	
Είμαι Μέλος Δ.Ε.Π. Α.Ε.Ι.	
Είμαι Προϊστάμενος τουλάχιστον επιπέδου Διεύθυνσης της οικείας Περιφέρειας	
Είμαι Προϊστάμενος τουλάχιστον επιπέδου Διεύθυνσης της οικείας Αποκεντρωμένης Διοίκησης	
Είμαι Προϊστάμενος τουλάχιστον επιπέδου Διεύθυνσης, κεντρικής ή περιφερειακής υπηρεσίας Υπουργείου ή Ανεξάρτητης Αρχής	
A.3.2. ΑΛΛΑ ΣΥΝΕΚΤΙΜΩΜΕΝΑ ΠΡΟΣΩΝΤΑ (συμπληρώστε με Χ όσες από τις παρακάτω επιλογές ισχύουν στην περίπτωση σας)	
Είμαι κάτοχος πτυχίου ανώτατης εκπαίδευσης ή μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών ελεγκτικής κατεύθυνσης, ή Πιστοποιητικού Ελεγκτικής Επάρκειας Εσωτερικού Ελεγκτή Δημοσίου Τομέα (Ε.Κ.Δ.Δ.Α.) ή επαγγελματικής πιστοποίησης ή διαπίστευσης, όπως: CIA - Certified Internal Auditor ή CFE - Certified Fraud Examiner ή CGAP - Certified Government Auditing Professional, ή CCSA - Certified in Control Self - Assessment, ή CRMA - Certification in Risk Management Assurance, ή CFSA - Certified Financial Services Auditor ή QIAL - Qualified in Internal Audit Leadership, ή BEAC - Certifications for Environmental, Health and Safety Auditors ή πιστοποίησης ορκωτού ελεγκτή (ACCA, ΙΕΣΟΕΛ)	
Διαθέτω προϋπηρεσία ή εμπειρία στην παροχή ελεγκτικών υπηρεσιών στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα.	

ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ	
1. ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ	
2. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (αρ. 8 ν. 1599/1986)	
4. ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΦΟΡΕΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	

Δηλώνω ότι ενημερώθηκα από τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας για τη χρήση και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων αποκλειστικά για τους σκοπούς της παρούσας πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος, κατ' εφαρμογή του άρθρου 8 του ν. 4795/2021 (Α' 62) και της με αρ. ΓΓΑΔΔΤ 743/30-12-2022 (Β' 6918) ΚΥΑ.

Ημερομηνία:/...../2024

Ο/Η αιτ.....