



ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΙΑΤΡΟΣ

ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΙΑΤΡΟΥ
ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΠΡΟΚΗΡΥΞΗ ΓΙΑ
Γ.Ν. – Κ.Υ, Π.Ε.Δ.Υ– Κ.Υ, Π.Ε.Δ.Υ. – Π.Ι.

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΥΠΟΒΑΛΛΩ ΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΑΙΤΗΣΗ Η ΟΠΟΙΑ ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΑΡΙΘΜ.ΠΡΩΤ. Α2γ/οικ.51597/08-07-2016 ΠΡΟΚΗΡΥΞΗ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

Η ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ και ΚΑΤΑΤΙΘΕΤΑΙ ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ : _____
ΟΝΟΜΑ : _____
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ : _____
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ : _____
ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ : _____ (ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΩΣ)
ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ : _____
ΑΡ. ΔΕΛΤ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ Ή
ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ : _____
Α.Μ.Κ.Α. : _____
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ : _____
ΟΔΟΣ ΑΡΙΘ. ΠΟΛΗ – ΔΗΜΟΣ - ΚΟΙΝ. Τ.Κ. ΝΟΜΟΣ
ΤΗΛΕΦΩΝΑ : (ΜΕ ΚΩΔΙΚΟ) _____

• ΗΜ/ΝΙΑ ΚΤΗΣΗΣ ΤΙΤΛΟΥ ΙΑΤΡ. ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΓΕΝ. ΙΑΤΡΙΚΗΣ: _____

(Επισυνάπτεται αντίγραφο τίτλου της ιατρικής ειδικότητας)

• ΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ:

Χώρα προέλευσης πτυχίου) _____
Ακέραιος Δεκαδικός (Βαθμός πτυχίου) _____
Καλώς, Λίαν καλώς, Άριστα (Χαρακτηρισμός) _____
(Ημερομηνία & Έτος Κτήσης) _____

• ΕΠΙΔΙΩΚΟΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ:

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ

ΚΩΔΙΚΟΣ

1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.	Νομός :	Χωρίς κωδ*

*Στην 10η επιλογή αναγράφεται μόνον ο Νομός επιλογής του ιατρού χωρίς κωδικό.

• ΚΑΤΕΧΩ ΘΕΣΗ ΣΤΟ ΕΣΥ ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ (Επιλέγετε κατά περίπτωση)

• ΗΜ/ΝΙΑ ΔΙΑΓΡΑΦΗΣ ΑΠΟ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΘΕΣΗ ΣΤΟ Ε.Σ.Υ: _____

• Πρόσθετα Στοιχεία:

ΠΑΛΙΝΝΟΣΤΗΣΑΣ ΠΟΝΤΙΟΣ ΟΜΟΓΕΝΗΣ ή ομογενής που απέκτησε την Ελληνική Ιθαγένεια

☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ (Επιλέγετε κατά περίπτωση)

Σε περίπτωση απόκτησης Ελληνικής Ιθαγένειας με πολιτογράφηση απαραίτητα πρέπει να αναφέρεται το ΦΕΚ και η ημερομηνία έκδοσής του: _____

Συνημμένα: (Ολογράφως και αριθμητικώς σύμφωνα με το παρακάτω παράδειγμα)

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

6.....

.....

Παράδειγμα για τη συμπλήρωση των συνημμένων :

α. Αντίγραφο πτυχίου Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου...

β.Αντίγραφο δελτίου αστυνομικής ταυτότητας

- Με την παρούσα καταθέτω τα παραπάνω δικαιολογητικά και δηλώνω υπεύθυνα ότι όλα τα αναγραφόμενα στοιχεία της αίτησης, καθώς και τα συνημμένα σε αυτή είναι ακριβή και αληθή.
- Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986 και του αρθ.3 παρ.3 του Ν.2690/1999, δηλώνω, ότι: 1) δεν τυγχάνω συνταξιούχος και 2) ότι θα προσκομίσω βεβαίωση παραίτησής μου από θέση που τυχόν κατείχα στο Δημόσιο τομέα κατά την ημερομηνία ανάληψης υπηρεσίας σε θέση ιατρού υπηρεσίας υπαίθρου (**απαραίτητο δικαιολογητικό στο φορέα διορισμού**).

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ

ΟΔΗΓΙΕΣ ΚΑΙ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Οδηγίες:

- Γενικοί Ιατροί, άνω των πενήντα (50) ετών, (σύμφωνα με το το άρθρο 35 παρ.2 του Ν.4368/2016 (Α 21) μπορούν να επιλέγουν ιατρεία τα οποία ανήκουν μόνο στις Α' προβληματικές περιοχές σύμφωνα με το Π.Δ. 131/87 (ΦΕΚ 73 Α).
- Ο υποψήφιος οφείλει, πριν τη συμπλήρωση της αίτησης, να μελετήσει προσεκτικά το σχετικό (4) της πρόσκλησης ενδιαφέροντος καθώς και τα απαιτούμενα δικαιολογητικά και τις οδηγίες, που αναφέρονται στο παρόν έντυπο.
- Τα δηλωθέντα στοιχεία της αίτησης – υπεύθυνης δήλωσης καταχωρούνται αυτούσια εκτός κι αν από τον έλεγχο της υπηρεσίας προκύψουν διαφορετικά δεδομένα.
- Η επιλογή των ιατρών γίνεται σύμφωνα με το (7) σχετικό.
- Τα αντίγραφα των απαιτούμενων δικαιολογητικών κατατίθενται σε απλή φωτοτυπία.
- Ο βαθμός πτυχίου είναι απαραίτητο να αναγράφεται και αριθμητικά (με ακέραιο και δεκαδικό ή κλάσμα).
- Στα αντίγραφα των ξενόγλωσσων πτυχίων και εγγράφων θα πρέπει να φαίνεται και η σφραγίδα της Χάγης(Apostille), που έχει τεθεί στον πρωτότυπο τίτλο, ή έγγραφο.
- Τα ξενόγλωσσα πιστοποιητικά πρέπει να κατατίθενται με επίσημη μετάφραση στην ελληνική γλώσσα, από αρμόδιες προς τούτο αρχές της ημεδαπής.
- Σε περίπτωση που σε πτυχίο προερχόμενο από κράτος μέλος της Ε.Ε. δεν αναγράφεται ούτε χαρακτηρισμός, ούτε βαθμός και δεν προκύπτει και από τα κατατεθέντα δικαιολογητικά, θεωρείται από την υπηρεσία ότι ο βαθμός είναι: «5» και ο βαθμολογικός χαρακτηρισμός: «καλώς». Επίσης εάν προκύπτει βαθμολογία ή αντιστοίχιση με αυτή της ημεδαπής γίνεται σύμφωνα με τα οριζόμενα στην παρ. 8 Α της αριθμ. Α2γ/οικ. 26519/6-4-2015(Β' 736) απόφαση.
- Για τη συμπλήρωση της αίτησης ο υποψήφιος λαμβάνει υπόψη του τον κωδικό της θέσης του ιατρού και την ημερομηνία κένωσης αυτής. (Ο χαρακτηρισμός των θέσεων Α,Β,Γ κ.τ.λ. αφορά το μηχανογραφικό σύστημα της υπηρεσίας μας και μόνο).
- Δεν γίνονται δεκτά από την υπηρεσία μας εκπρόθεσμα κατατεθειμένα δικαιολογητικά.
- Αίτηση με ελλιπή στοιχεία απορρίπτεται.

Απαιτούμενα δικαιολογητικά :

1. Αντίγραφο τίτλου ιατρικής ειδικότητας ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ.

2. Αντίγραφο πτυχίου.

α. Για ΠΤΥΧΙΑ της ημεδαπής: Σε περίπτωση που στο αντίγραφο πτυχίο δεν αναγράφεται η ημερομηνία κτήσης του και ο βαθμός είναι απαραίτητη η προσκόμιση βεβαίωσης από τη γραμματεία του Πανεπιστημίου, από την οποία θα προκύπτουν τα αναφερόμενα στοιχεία.

β. Για ΠΤΥΧΙΑ που χορηγήθηκαν από χώρες εκτός της Ε.Ε.: Αντίγραφο του ξενόγλωσσου πτυχίου-τίτλου, αντίγραφο της μετάφρασής του, αντίγραφο απόφασης ισοτιμίας και αντιστοιχίας και βαθμολόγησης

γ. Για ΠΤΥΧΙΑ -ΤΙΤΛΟΥΣ, που χορηγήθηκαν από κράτη –μέλη της Ε.Ε.:

Σε περίπτωση, που δεν αναγράφεται στο αντίγραφο του μεταφρασμένου πτυχίου ο βαθμός, απαραίτητη η προσκόμιση και του αντιγράφου μεταφρασμένης ξενόγλωσσας βεβαίωσης από το Πανεπιστήμιο προέλευσης, από την οποία να προκύπτει ο βαθμός.

Σε περίπτωση που το πτυχίο χορηγήθηκε πριν την ένταξη της χώρας στην Ε.Ε. αντίγραφο του ξενόγλωσσου πτυχίου-τίτλου, αντίγραφο της μετάφρασής του, αντίγραφο απόφασης ισοτιμίας αντιστοιχίας και βαθμολόγησης από ΔΙΚΑΤΣΑ ή ΔΟΑΤΑΠ.

Ειδικά για τις βεβαιώσεις που προέρχονται από τη Σλοβακία γίνονται δεκτές εφόσον είναι στην Αγγλική γλώσσα.

3.Αντίγραφο ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ Ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ (και των δύο όψεων).Σε περίπτωση απόκτησης της Ελληνικής ιθαγένειας δηλώνεται η ημερομηνία δημοσίευσης του σχετικού ΦΕΚ.

4. Αντίγραφο ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΤΡΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ τύπου Α΄(μόνο για άνδρες), ή βεβαίωση οριστικής απόλυσης από τις τάξεις του Ελληνικού Στρατού ή βεβαίωση νόμιμης απαλλαγής. Εάν από το πιστοποιητικό προκύπτει αναβολή στράτευσης, αυτή θα πρέπει να υπερβαίνει το ένα (1) έτος από την ημερομηνία λήξης της υποβολής αίτησης.

5.Σε περίπτωση που ο υποψήφιος υποβάλλει αίτηση για συμπλήρωση υπολειπόμενου χρόνου υπηρεσίας υπαίθρου απαραίτητη είναι η πιστοποίηση της εκπαίδευσης του από το Νοσοκομείο και η βεβαίωση του Κέντρου Υγείας για το χρόνο που έχει εκτιθεί, ως υπηρεσία υπαίθρου.

6. Σε περίπτωση που ο υποψήφιος ιατρός διαθέτει ειδίκευση είναι απαραίτητη η βεβαίωση: α) του χρόνου ειδίκευσης στην Ελλάδα, β) του χρόνου ειδίκευσης στο εξωτερικό, με αναγνώριση στη Ελλάδα γ) κτήσης τίτλου ειδικότητας στην Ελλάδα, δ) κτήσης τίτλου ειδικότητας σε κράτος-μέλος της Ε.Ε αναγνωρισμένου από την οικεία Περιφέρεια.

7.Για τις κατηγορίες των κοινοτικών υπηκόων που αναφέρονται στην παρ.Β.1. της αριθμ.Α2γ/οικ.26519/06-04-15 (Β΄736) απόφαση πλην των Ελλήνων και όσων εμπίπτουν στις περιπτώσεις α, β και γ της ίδιας παραγράφου, απαραίτητη προϋπόθεση διορισμού τους είναι η επαρκής γνώση της Ελληνικής γλώσσας και ιατρικής ορολογίας η οποία βεβαιώνεται πλέον με το πιστοποιητικό ελληνομάθειας επιπέδου Β2 που χορηγείται από το Διδασκαλείο Νέας Ελληνικής Γλώσσας του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών ή από το Σχολείο Νέας Ελληνικής Γλώσσας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, σύμφωνα με το άρθρο 2,παρ. στ. της αρ.Α2δ/ΓΠ οικ.9106/2016,απόφασης (Β΄314).Στην περίπτωση που ο υποψήφιος διαθέτει πιστοποιητικό ελληνομάθειας από το Κ.Ε.Σ.Υ. κατατίθεται με τα υπόλοιπα δικαιολογητικά.

Οι αιτήσεις θα κατατίθενται: α.στο Πρωτόκολλο του Υπουργείου Υγείας, ή β. στην παρακάτω διεύθυνση ταχυδρομικά , ή γ. με υπηρεσία ταχυμεταφοράς (courier):

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ
ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ
Δ/ΝΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ Ν.Π.
ΤΜΗΜΑ Γ΄
Αριστοτέλους 17
Τ.Κ.: 10433 Αθήνα