



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
ΝΟΜΙΚΩΝ ΠΡΟΣΩΠΩΝ
ΤΜΗΜΑ Γ΄

ΥΠΟΧΡΕΟΣ

ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΙΑΤΡΟΥ
ΥΠΟΧΡΕΟΥ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΥΠΑΙΘΡΟΥ ΓΙΑ
ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΑΡ.ΠΡΩΤ.: Γ4γ/ Γ.Π.
οικ. 16743/27-02-2018 ΠΡΟΚΗΡΥΞΗ

Η ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΤΙΘΕΤΑΙ ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΗ

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

• ΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ:

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

• ΕΠΙΔΙΩΚΟΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ:

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ

ΚΩΔΙΚΟΣ

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

*Στην 10^η επιλογή αναγράφεται
μόνον ο Νομός επιλογής του
ιατρού χωρίς κωδικό και αφορά
στις αδιάθετες θέσεις που θα
προκύψουν μετά την κατανομή
τους, βάσει των 9 επιλογών
όλων των υποψηφίων.

• **ΚΑΤΕΧΩ ΘΕΣΗ ΣΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΟΜΕΑ :** ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ (Επιλέγετε κατά περίπτωση)
(ανεξάρτητα από τη φύση της σχέσεως εργασίας)

• **ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ:**

<u>Μήνες</u>	<u>Φορέας (Γ.Ν.– Κ.Υ., Κ.Υ – Π.Ι. κ.ο.κ.)</u>	<u>Ειδικότητα ή Υπηρεσία Υπαίθρου *</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

*όταν η προϋπηρεσία αφορά στο χρόνο ειδίκευσης βλ. προσκόμιση δικαιολογητικού αριθμ (5) και
όταν η προϋπηρεσία αφορά στον χρόνο υπηρεσίας υπαίθρου βλ. προσκόμιση δικαιολογητικού αριθμ.
(4) της παρούσας.

Συνημμένα δικαιολογητικά: (σύμφωνα με το παρακάτω παράδειγμα)

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....

Παράδειγμα για τη συμπλήρωση των συνημμένων :

1. Αντίγραφο πτυχίου Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου.....,
2. Αντίγραφο δελτίου αστυνομικής ταυτότητας, κ.ο.κ.

• Με την παρούσα καταθέτω τα παραπάνω δικαιολογητικά, σύμφωνα με το αρθ.3 παρ.3 του ν.2690/1999 και δηλώνω υπεύθυνα, γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του αρθρ.22 του ν.1599/1986, όπως ισχύει και βάσει των διατάξεων της παρ 1 του αρ.1 του ν.1256/1982, όπως ισχύει, ότι: α) όλα τα αναγραφόμενα στοιχεία της αίτησης, καθώς και τα συνημμένα σε αυτή δικαιολογητικά είναι ακριβή και αληθή, β) δεν τυγχάνω συνταξιούχου γ) θα αποστείλω στην ηλεκτρονική Δ/νση: **prosop_np_c@moh.gov.gr** της αρμόδιας υπηρεσίας, **βεβαίωση παραίτησης από θέση που τυχόν κατέχω στο Δημόσιο τομέα**, προκειμένου να εκδοθεί η απόφαση διορισμού μου, ως εξής :

- Για θέσεις κενές ή θέσεις που θα εκκενωθούν μέχρι και δεκαπέντε (15) ημέρες από την ημερομηνία ανάρτησης των οριστικών αποτελεσμάτων στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας, **εντός αποκλειστικής προθεσμίας τριών (3) εργάσιμων ημερών** από την προαναφερόμενη ημερομηνία ανάρτησης των οριστικών αποτελεσμάτων και
- Για κενούμενες θέσεις, **δεκαπέντε (15) ημέρες πριν την ενδεικτική ημερομηνία εκκένωσης** του ιατρείου στο οποίο είμαι επιτυχών.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ

ΟΔΗΓΙΕΣ ΚΑΙ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Οδηγίες:

- Ο υποψήφιος οφείλει, πριν τη συμπλήρωση της αίτησης, να μελετήσει προσεχτικά το σχετικό (8) της Προκήρυξης 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 (6) 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 αυτός και από τα κατατεθέντα δικαιολογητικά, θεωρείται από την υπηρεσία ότι ο βαθμός είναι: «5» και ο βαθμολογικός χαρακτηρισμός: «καλώς». Επίσης εάν προκύπτει βαθμολογία η 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.
- Δεν γίνονται δεκτά από την υπηρεσία εκπρόθεσμα κατατεθειμένα δικαιολογητικά.
- Αίτηση με ελλιπή στοιχεία απορρίπτεται. Σε οποιαδήποτε περίπτωση την ευθύνη για κατάθεση ελλιπών δικαιολογητικών φέρει ο ενδιαφερόμενος. Για το λόγο αυτό δεν έχει δικαίωμα υποβολής ένστασης σε οφειλόμενα στον ίδιο λάθη.

Προσοχή: Για τη συμπλήρωση της αίτησης, ο υποψήφιος λαμβάνει υπόψη μόνο τον κωδικό της θέσης του ιατρού και την ενδεικτική ημερομηνία κένωσης αυτής.

Απαιτούμενα δικαιολογητικά :

1. Αντίγραφο πτυχίου.

α. Για ΠΤΥΧΙΑ της ημεδαπής: Σε περίπτωση που στο αντίγραφο του πτυχίου 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 από ΔΙΚΑΤΣΑ ή ΔΟΑΤΑΠ.

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.

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

3. Αντίγραφο ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΤΡΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ τύπου Α'(μόνο για άνδρες), ή βεβαίωση περί πιθανής ημερομηνίας απόλυσης 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 υποβολής της αίτησης.

4. 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.

5. Σε περίπτωση που ο υποψήφιος ιατρός διαθέτει ειδικευση, είναι απαραίτητη η βεβαίωση: α) του χρόνου ειδικευσης στην Ελλάδα, β) του χρόνου ειδικευσης στο εξωτερικό ή κράτους-μέλους της Ε.Ε, με αναγνώριση στη Ελλάδα γ) της κτήσης τίτλου ειδικότητας στην Ελλάδα, δ) της κτήσης τίτλου ειδικότητας σε κράτος-μέλος της Ε.Ε ή αλλοδαπής αναγνωρισμένου από την Ελλάδα.

6. 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 κατατίθενται στο Πρωτόκολλο του Υπουργείου Υγείας, ή αποστέλλονται ταχυδρομικά με συστημένη επιστολή, καθώς και με υπηρεσία ταχυμεταφοράς (courier) στην παρακάτω διεύθυνση:

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ Ν.Π.
ΤΜΗΜΑ Γ'

Αριστοτέλους 17
Τ.Κ.: 104 33 Αθήνα